

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 36

Le traitement des fistules pyostercorales de la fosse iliaque droite

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1921

PAR

Pierre-Octave-Eugène HUREL

Né le 30 septembre 1893, à Cherbourg (Manche)

Examinateurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur	
		MOURE, professeur	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20. Rue du Peugue, 18-20

1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Le traitement des fistules pyostercorales de la fosse iliaque droite

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 16 Décembre 1921

PAR

Pierre-Octave-Eugène HUREL

Né le 30 septembre 1893, à Cherbourg (Manche).



Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOUIN professeur	Président
	CHAVANNAZ, professeur	Juges.
	POUSSON, professeur	
	MOURE, professeur.	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD,

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Clinique externe.....	CASSAET.	Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale..	FERRE.
Clinique d'accouchements.	VILLAR.	Clinique ophtalmologique..	LAGRANGE.
Anatomie Pathologique...	CRUCHET.	Clinique chirurgicale, infantile. Orthopédie....	DENUCE.
Anatomie.....	RIVIERE.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZES.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS
Physiologie.....	PICQUE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Médecine légale.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC
Physique biologique et d'électricité médicale...	AUCHE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	W. DUBREUILH
Chimie.....	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Botanique et matière médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique psychiatrique....	ABADIE.
	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	MOURE.
	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHÉ.
			M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.	NN.		LEURET.
Histologie.....	LACOSTE, chargé.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Physiologie.....	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique...	MURATET.		N...
Parasitologie et Sciences naturelles.....	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Physique biologique et médicale.....	N...	Médecine légale.....	LANDE.
Chimie biologique et médicale.....	RECHOU.	Chirurgie générale.....	GUYOT
Médecine générale.....	N...		ROCHER.
	PETGES.	Obstétrique.....	DUVERGER
	CARLES.	Ophtalmologie.....	PAPIN.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	PERY.
			FAUGERE.
			TEULIERES
			LABAT
			N.

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.....	CARLES
— — de médecine opératoire.....	VENOT.
— — d'accouchements.....	PERY.
— — d'ophtalmologie.....	CABANNES.
— — de puériculture.....	ANDÉRODIAS.
— — de climatologie et hydrologie médicale.....	SELLIER.
— — de démonstrations et de préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
— — de vénéréologie.....	PETGES.
— — de pathologie interne.....	GUYOT.
— — de pathologie externe.....	MAURIAC.
— — d'orthopédie chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....	ROCHER.
	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR EUGÈNE BOURGOGNE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL CIVIL DE CHERBOURG

MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE DE RÉSERVE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉSIDENT

DE LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA MANCHE

ANCIEN CONSEILLER GÉNÉRAL DE LA MANCHE

CONSEILLER MUNICIPAL DE LA VILLE DE CHERBOURG

VICE-PRÉSIDENT

DU DISPENSAIRE ANTI-TUBERCULEUX DE LA VILLE

DE CHERBOURG

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE BELLOT
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE AURÉGAN
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN

*qui a bien voulu nous guider dans
le choix et l'élaboration de cette
thèse.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

INTRODUCTION

Lorsqu'un foyer de suppuration s'ouvre à la fois dans l'intestin et à la peau, il en résulte quand cette suppuration est passée à l'état chronique une fistule pyo-stercorale (Blin) ou stercoro-purulente (Verneuil). Cette définition montre la différence qui existe entre les fistules pyo-stercorales et les fistules simplement stercorales ou les anus contre nature. Alors que dans ces deux derniers cas, la communication entre l'intestin et la peau est directe, ne différant que par les dimensions d'ouverture du trajet ou par la présence, dans les anus contre nature, d'un éperon séparant les deux tronçons intestinaux, dans le premier cas, au contraire, l'intestin communique avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une cavité purulente médiate.

Au niveau de la fosse iliaque droite, de telles fistules s'observent d'une façon relativement fréquente, plus souvent qu'en tout autre point. Blin¹, dans sa thèse a réuni 72 cas de fistules pyo-stercorales : 40 fois, la fistule siégeait à droite, 12 fois à gauche, 7 fois à la région ombilicale ; dans 13 cas, le siège n'avait pu être précisé. Vaucher² est arrivé aux mêmes conclusions sur 31 cas observés par lui, 18 fois la fistule siégeait à droite, 5 fois à gauche, 6 fois à la région ombilicale : 2 étaient de siège inconnu

La prédominance des fistules pyo-stercorales à droite s'explique par la présence à ce niveau du segment ilio-cæcal et de

1. Blin *Thèse* Paris 1879.

2. Vaucher *Thèse* Paris 1889.

l'appendice vermiculaire Or, cette région intestinale est le siège relativement fréquent d'inflammations « banales » d'inflammations spécifiques, tuberculeuses ou actinomycosiques et enfin de tumeurs, toutes affections susceptibles d'aboutir à la fistulisation

Nous n'aurons en vue, dans cette étude, que le traitement des deux catégories de fistules le plus souvent observées : celles qui reconnaissent pour origine, soit une inflammation non spécifique de l'appendice ou de la région iléo-cæcale, soit une tuberculose de ces mêmes organes. Nous laisserons de côté les fistules dues au cancer ou à l'actinomycose, qui, relativement aux précédentes, constituent des raretés (On trouvera dans la thèse de Hinglais¹ l'étude de 120 cas d'actinomycose iléo-cæcale). Nous ne nous occuperons pas non plus des fistules dues à un traumatisme, qui ne présentent pas dans cette région un intérêt particulier; d'ailleurs les traumatismes aboutissent plus fréquemment à la production d'anus contre nature ou de fistules stercorales simples qu'à celle de véritables fistules pyo-stercorales

Les recherches que nous avons effectuées nous ont permis d'établir parmi les fistules pyo-stercorales de la fosse iliaque droite une division capitale. Les unes guérissent sous l'influence d'une intervention purement locale (entérorraphie après extirpation de la poche purulente), ou cèdent à des opérations plus simples encore, ou même évoluent spontanément vers la cicatrisation. Les autres, ou bien persistent indéfiniment si on les abandonne à elles-mêmes, ou bien apparaissent de nouveau après un traitement local, ou enfin ne disparaissent définitivement qu'à la suite d'opérations beaucoup plus importantes telles que l'exclusion de la portion d'intestin malade ou sa résection. Nous avons été amené à penser que ces différences dans les résultats opératoires relevaient d'une pathogénie différente, et que le traitement à

1. Hinglais *Thèse Lyon* 1896-1897.

mettre en œuvre devait varier suivant la cause ou la nature même des fistules.

Nous consacrerons donc dans cette étude un premier chapitre à la pathogénie, à l'étude clinique et à l'évolution de ces deux catégories de fistules, qui sont, le plus souvent, les premières, d'origine non spécifique, « banale », les secondes de nature tuberculeuse.

Nous étudierons ensuite les opérations locales, en ayant spécialement en vue le premier groupe de fistules, pour le traitement desquelles ces opérations sont le plus souvent efficaces et suffisantes. Ces opérations sont assez variées et on verra que parmi les cas que nous avons rapportés, il a fallu instituer un traitement spécial pour beaucoup d'entre eux. Toutefois, nous nous attacherons spécialement à l'entérorraphie qui nous paraît être, de toutes les méthodes locales, celle qui donne les résultats les plus surs.

Dans les pages qui suivront, nous étudierons le traitement que l'on doit employer lorsqu'une intervention locale n'a donné que des résultats insuffisants, ce qui se produit presque toujours quand les fistules traitées sont de nature tuberculeuse : ce sont ces dernières que nous aurons dès lors spécialement en vue. Le traitement dans ce cas peut poursuivre deux buts. Ou bien soustraire au circuit intestinal la portion d'intestin malade, résultat que l'on peut obtenir par l'exclusion. Ou bien, quand ce n'est pas contre-indiqué, enlever l'organe malade, cause toujours possible d'une récurrence de la fistule, ce que l'on obtiendra par une colectomie.

Enfin, nous tirerons les conclusions qui nous auront été imposées par les résultats des observations rapportées au cours de ce travail, en indiquant brièvement, pour chacune des catégories de fistules dont nous avons parlé, fistules consécutives à une inflammation « banale » de la région iléo-cæcale d'une part, fistules consécutives à une tuberculose de ces organes, d'autre part, la nature des opérations qu'il peut être suffisant d'effectuer ou qu'il est, au contraire, nécessaire de pratiquer pour en obtenir la guérison.

CHAPITRE PREMIER

Les fistules pyo-stercorales de la fosse iliaque droite, Pathogénie, Etude clinique, Evolution.

Nous étudierons successivement les fistules de nature non spécifique et les fistules tuberculeuses. Nous verrons ensuite quelles indications thérapeutiques très générales on peut dégager de cette étude.

A). LES FISTULES PYO-STERCORALES DUES A UNE INFLAMMATION NON SPÉCIFIQUE DE L'APPENDICE OU DU SEGMENT ILÉO-CÆCAL.

§I. *Pathogénie.* — Elles peuvent être le résultat, soit de l'ouverture spontanée d'un abcès consécutif à cette inflammation; éventualité rare à l'heure actuelle, soit d'une intervention pratiquée sur l'appendice ou la région iléo-cæcale ou de l'ouverture chirurgicale d'un abcès de la fosse iliaque.

L'appendicite aiguë catarrhale ne saurait aboutir à la fistulisation car cette dernière suppose la constitution préalable d'un abcès.

L'appendicite suppurée, au contraire, provoque la formation d'une collection purulente qui, se vidant d'une part dans l'intestin, s'ouvrant d'autre part à la peau, aboutit à la fistulisation.

L'appendicite gangréneuse donne plus fréquemment lieu à des

fistules. Elle entraîne, en effet, la production de nécroses limitées de la paroi intestinale; ces plaques de nécrose peuvent se développer au contact de l'appendice gangréné ou même à distance. Veau¹ a montré, en effet, qu'en outre du réseau lymphatique muqueux aboutissant à la base de l'appendice, et indépendant du *cæcum*, il en existait un autre, sous péritonéal, communiquant en bas avec le réseau sous-péritonéal des annexes de l'utérus et en haut avec des réseaux semblables du *cæcum* et de l'intestin grêle. On comprend dès lors la possibilité de la propagation au *cæcum* d'une infection appendiculaire suffisamment virulente pour traverser la muqueuse et la musculuse et atteindre le réseau sous-séreux. Cette forme gangréneuse de l'appendicite, provoquant à la fois la suppuration et la perforation intestinale, nous paraît jouer un rôle primordial dans la pathogénie des fistules pyo-stercorales de la fosse iliaque droite d'origine banale.

Enfin, signalons encore comme cause possible de fistulisation l'appendicite dite calculeuse, due à la présence dans le vermium de corps étrangers tels que boules stercorales, pépins de fruits, graines, fragments d'os, etc.

Les fistules peuvent apparaître, et c'est là, nous semble-t-il le cas le plus fréquent, à la suite d'une intervention. Le plus souvent, en effet, l'orifice interne siège au niveau du *cæcum* : on est intervenu pour ouvrir un abcès de la fosse iliaque ou pour pratiquer une appendicectomie; on a trouvé une paroi *cæcale* présentant une ou deux plaques de nécrose, et une fois le pus ou l'appendice extirpé, on a refermé la plaie, en laissant, au besoin, un drain pour assurer l'évacuation complète du pus. Cinq ou six jours après, on a vu apparaître par l'orifice du drain du pus à odeur fécaloïde : la plaque nécrotique a évolué, soit spontanément, soit par suite du contact du drain ou d'une simple mèche de gaze (comme dans un cas signalé par Poncet²),

1. Veau. Le système lymphatique dans l'appendicite (*Sec. de Chir. de Paris* 1902).

2. Poncet. 27 cas d'appendicite *Rev. de chir.* 1892.

vers la perforation après la fermeture de la plaie opératoire, et là la fistule pyo-stercorale s'est constituée.

Dans d'autres cas, on a trouvé un appendice assez adhérent à la paroi caecale pour que sa libération ait entraîné quelques éraillures de cette dernière : à la faveur de ces éraillures une perforation s'est produite ultérieurement.

Enfin, on a pu intervenir pour enlever un appendice malade. Celui-ci accolé au caecum bouchait une lésion ulcéralive de la paroi caecale, créée par l'appendicite, et l'opération a eu pour résultat de supprimer cette oblitération. Algave dit avoir observé dernièrement un cas de ce genre.

§ II. *Evolution.* — Il nous paraît, et on s'en rendra compte en lisant les observations d'interventions locales rapportées au Chapitre II que ces fistules, produites par une inflammation banale de l'appendice ou du segment iléo-cæcal ont une tendance naturelle à la réparation. On trouvera parmi ces observations un certain nombre de cas où la guérison est survenue à peu près spontanément. C'est d'ailleurs l'opinion d'Algave¹, et pour lui, ce caractère de tendance à la réparation spontanée distingue nettement ce premier groupe de fistules de celles que nous étudierons tout à l'heure, les fistules tuberculeuses.

Il n'en est pas toujours ainsi, cependant, et nous rapportons deux cas où les fistules duraient dans l'un depuis 7 mois, dans l'autre depuis un an (voyez Obs. XII et XVII), sans que la tuberculose ait pu être mise en cause.

D'ailleurs, il est bien rare que l'écoulement persiste avec son double caractère, et il est fréquent de le voir devenir simplement purulent, ce fait traduisant un processus non douteux de réparation du côté de l'orifice interne.

1. Algave. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 17 mai 1921.

B). LES FISTULES PYO-STERCORALES DUES A UNE
TUBERCULOSE DE L'APPENDICE OU DU SEGMENT
ILÉO-CAECAL.

§ I. *Pathogénie.* — La pathogénie de ces fistules a été étudiée avec beaucoup de détails par Alglave dans son important travail, *La tuberculose iléo-caecale et appendiculaire*, paru dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale de 1910 ; nous lui emprunterons une bonne partie de ce qui va suivre.

Les fistules que l'on observe à la fosse iliaque droite sont apparues le plus souvent, ainsi d'ailleurs que celles que nous avons étudiées dans la première partie de ce chapitre, à la suite d'interventions chirurgicales. Les unes se sont établies à la suite de l'ouverture chirurgicale d'un abcès, les autres à la suite d'une appendicectomie, d'une résection iléo-cæcale, ou même d'une simple laparotomie exploratrice faite au cours de la maladie.

Dans le premier cas, on a cru se trouver en présence d'un abcès appendiculaire banal ; il a grossi, et comme il menaçait de s'ouvrir spontanément, on l'a ouvert et drainé : à la suite de l'intervention, la plaie est restée indéfiniment fistuleuse. Cette éventualité se produit dans beaucoup de cas : on pense alors à une lésion banale de l'appendice et on décide son ablation.

Différentes solutions peuvent dès lors se produire. Si l'appendice est seul en cause, ou si les lésions du caecum et de l'iléon sont très discrètes, l'appendicectomie pourra être suivie de guérison, la nature tuberculeuse de l'affection étant d'ailleurs passée inaperçue, si l'on n'avait pas pris la précaution de pratiquer un examen histologique de l'appendice. Si, au contraire, en plus des lésions appendiculaires, il existe des lésions de l'iléon ou du cæcum, ou des deux à la fois, la guérison ne pourra survenir, la fistule se trouvant entretenue par les lésions iléo-caecales persistantes. Un drain étant laissé dans la plaie pourra, au contact de la paroi cæcale malade, provoquer une perforation, à moins que le processus d'ulcé-

ration évoluant, elle ne se produise spontanément. La pathogénie est donc la même que pour les fistules de nature banale; mais il faut retenir cette différence qu'il s'agit ici de lésions tuberculeuses, c'est-à-dire évoluant très lentement vers l'ulcération ou la perforation et n'ayant aucune tendance à la réparation. Il est clair que, si l'appendice étant exempt de lésions, il en existait sur le segment iléo-cæcal, l'appendicectomie ne sera suivie d'aucun effet.

Dans le deuxième cas, on est intervenu pour une tuberculose iléo-cæcale, ou plutôt, car le diagnostic de tuberculose est rarement fait avant l'opération, on est allé réséquer l'appendice chez un malade ayant présenté des signes d'appendicite aiguë ou chronique. Une fistule est survenue, du fait des lésions tuberculeuses coexistantes sur le cæcum et l'iléon. Si on a drainé, elle s'est faite par le trajet du drain. Sinon, un abcès n'a pas tardé à se former dans la plaie opératoire, précédant la formation d'une fistule. Ces fistules, d'abord purulentes, deviennent bientôt pyo-stercorales, le processus ulcératif aboutissant au bout d'un temps plus ou moins long à la perforation. Elles peuvent même être pyo-stercorales d'emblée. Et cette dernière éventualité peut se produire après un simple laparotomie explorative, ainsi qu'en témoigne l'observation de Ricard rapportée dans la thèse de Lance (Voyez obs. XLIV) : un drain laissé à demeure pendant quarante-huit heures après une laparotomie restée exploratrice parce que les lésions iléo-cæcales avaient paru inextirpables, produisit une fistule pyo-stercorale. Enfin à la suite d'une résection iléo-cæcale pour tuberculose, on peut voir apparaître des fistules pyo-stercorales, soit d'abord purulentes, puis pyo-stercorales, soit pyo-stercorales d'emblée.

On voit donc quelle est l'origine des fistules tuberculeuses de la fosse iliaque droite : lésions appendiculaires, lésions iléo-cæcales, ou les deux à la fois. Or, ce qu'il est intéressant de retenir au point de vue pratique, et Alglave¹ insistait à nou-

1. Alglave (*loc. cit.*).

veau sur ce point dernièrement à la Société de chirurgie de Paris, c'est que « l'appendicite tuberculeuse isolée est l'exception, tandis que la tuberculose simultanée du cæcum, de la valvule de Baulier et de l'iléon est la règle ». Dès 1843, Louis avait déjà formulé que, dans les tuberculoses intestinales, localisées ou généralisées, les lésions prédominaient au voisinage de la valvule (dans la valvule elle-même, sur l'iléon tuminal, le caecum et l'appendice.)

Enfin, il est également important, au point de vue opératoire de savoir sur quelle étendue se localisent les lésions de tuberculose iléo-cæcale. Alglave a établi qu'elles ne remontaient qu'exceptionnellement à plus de 20 centimètres en amont de la valvule, et ne descendent à plus de 20 ou 25 centimètres en aval.

§ II. *Diagnostic de la nature tuberculeuse de la fistule et des lésions iléo-cæcales.* — C'est là un point extrêmement important au point de vue du traitement, car le nombre des cas de fistules tuberculeuses, prises pour des fistules de nature banale, contre lesquelles, par conséquent, on a dirigé tout d'abord des interventions purement locales, puis des opérations itératives, soit locales, soit étendues, les premières ayant été insuffisantes nous paraît assez élevé. Il y a lieu de penser que, si chez ces malades, le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale avait pu être porté avant la première intervention, celle-ci aurait sans doute été suffisante pour obtenir la guérison.

« Le cas classique est le suivant, disent Bérard et Vignard ¹ ; à la suite d'une opération pour appendicite à chaud ou d'une appendicectomie à froid laborieuse, qui a été drainée, on voit se produire une fistule, parfois dès le second jour. On la met sur le compte d'un moignon appendiculaire incomplètement enlevé, d'un calcul stercoral, etc.. On ne pense d'abord pas à la tuberculose. On intervient plus ou moins tôt parce que le trajet fistuleux n'a pas de tendance à se fermer, et l'opération

1. Bérard et Vignard. L'appendice. Etude clinique et critique.

ou l'examen histologique des pièces démontrent la nature tuberculeuse des lésions. En pratique, donc, pour l'appendicite....
toute fistule purulente persistante, et surtout toute fistule pyo-stercorale tenace doit faire porter le diagnostic de tuberculose ». De cette opinion, on peut rapprocher celle de Jalaguier¹ : « Les abcès tuberculeux et pyo-caséux ou pyo-stercoraux nés autours de l'anse iléo-cæcale ou de son appendice entraînent habituellement par leur ouverture au dehors, spontanée ou chirurgicale, des fistules n'ayant aucune tendance à la guérison, et qui, au contraire, vont sans cesse en s'élargissant ».

C'est en effet ce qui se passe dans la majorité des cas. Mais il ne faut pas, à notre avis penser que toutes les fistules pyo-stercorales persistantes sont de nature tuberculeuse. Nous avons déjà parlé plus haut de deux observations que nous rapportons plus loin où des fistules banales duraient depuis longtemps, et nous envisagerons, au chapitre suivant le traitement à appliquer à cette catégorie de fistules lorsque l'écoulement tarde trop à se tarir. Ce caractère ne nous paraît donc pas suffisant pour imposer le diagnostic de tuberculose, à moins qu'il ne s'agisse de fistules durant depuis une ou plusieurs années (Voyez entre autres l'observation LII, de Salva Mercadé, où l'auteur ne parle pas d'ailleurs de la nature de la fistule, mais dont l'origine tuberculeuse ne fait aucun doute). A notre avis, un autre caractère présente une assez grande valeur, mais ne s'applique qu'à un nombre relativement restreint de cas : si, après une appendicectomie, on voit apparaître, au bout d'un laps de temps assez long, plusieurs semaines ou plusieurs mois, une fistule pyo-stercorale, on doit penser à la possibilité de sa nature tuberculeuse. Nous ajouterons, du reste, que l'apparition rapide, (au bout de quelques jours) d'une fistule à la suite d'une appendicectomie, ne doit pas faire rejeter le diagnostic de tuberculose.

Lorsqu'on intervient localement pour traiter une fistule de la fosse iliaque droite, est-il possible de faire le diagnostic

1. Jalaguier in *Traité de chirurgie* de Dyplay et Reclus, 2^e édit, T. VI, p. 635,

de sa nature tuberculeuse? On comprend l'importance de ce point, puisque sa détermination serait susceptible de changer l'indication opératoire. Là encore, on se heurte à des difficultés qu'il n'est pas toujours aisé de surmonter. Nous rappellerons qu'Alglave¹ distingue trois formes anatomiques principales de tuberculose iléo-cæcale.

1^o La forme *granulo-ulcéreuse entérique* qu'il a observée 28 fois sur 52 cas. Dans cette forme, la muqueuse seule du cæcum est malade.

2^o La forme *entéro-péritonéale* observée 14 fois sur 52 cas. Elle présente des granulations visibles sur la séreuse, et sur la muqueuse des granulations ulcéro-caséuses. C'est elle qui donne lieu, le plus souvent, à la formation d'abcès ou de fistules.

3^o La forme *fibro-adipeuse ou hypertrophique*, évoluant sous forme de tumeur, élargissant quelquefois et rétrécissant le plus souvent le calibre de l'intestin. Alglave l'a observée 5 fois sur 52 cas.

Or, si l'appendice réséqué antérieurement ne présentait pas de lésions tuberculeuses, ou si, en présentant, il n'a pas été examiné, dans le premier cas, les lésions tuberculeuses passeront inaperçues, puisqu'elles siègent uniquement sur la muqueuse et non sur la séreuse. Dans les deux autres cas, le diagnostic pourra au contraire être fait. Il en résulte que l'absence de lésions tuberculeuses apparentes sur l'appendice et sur le segment iléo-cæcal ne saurait faire rejeter l'hypothèse de tuberculose, et nous avons vu plus haut qu'il n'était pas impossible d'observer des lésions iléo-cæcales, concomitamment avec un appendice sain. D'autre part, s'il existe des lésions tuberculeuses apparentes, il peut arriver que leur nature ne puisse être découverte. « Nous estimons, dit Lacouture dans sa thèse, un peu théorique le diagnostic à cette période (de formation d'une fistule pyo-stercorale), car dans tous les cas,

1. Alglave *Rev. de Gynéc et de chir. abd.* 1910.

il se forme une fistule pyo-stercorale et, s'il est vrai que l'ulcération bacillaire a des caractères cliniques bien nets, il faut avouer que cette ulcération, baignant constamment dans le liquide intestinal, subit des altérations et des déformations qui lui enlèvent tout aspect typique ».

L'aspect clinique aigu des crises sappendiculaires ayant précédé l'apparition d'une fistule ne doit pas faire écarter l'idée de tuberculose. Il existe, en effet, une forme aiguë de tuberculose iléo-cæcale. Elle se distinguerait de l'appendicite banale par la diarrhée. Mais, on sait que la diarrhée peut se rencontrer au cours de cette dernière, et d'autre part, elle n'est pas constante. La tendance à la répétition des crises qui, en outre, ne se résolvent pas franchement est peut-être plus caractéristique surtout si l'on y ajoute, comme le dit Lacouture¹ un endolorissement persistant entre les crises, même après six ou sept semaines, au niveau de la fosse iliaque, surtout prononcé le soir, après les fatigues de la journée et obligeant le malade à se coucher. L'affaiblissement progressif de l'état général, la cachexie, les antécédents héréditaires ou personnels, l'existence d'une autre localisation tuberculeuse, adjoint aux signes précédents peuvent faire pencher en faveur de l'hypothèse de bacillose. Mais d'une façon générale, il faut admettre que le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale est rarement fait quand elle a donné lieu à des crises aiguës.

Quant à l'appendicite chronique tuberculeuse, sa description se superpose à peu près complètement à celle de l'appendicite chronique en général, si l'on en excepte la diarrhée, plus fréquente dans la première que dans la seconde. « La nature tuberculeuse d'une appendicite chronique, avant les vérifications de laboratoire ou bien encore avant l'apparition d'une autre manifestation tuberculeuse telle qu'une fistule avec ulcération ne pourra être que soupçonnée le plus souvent » (Bérard et Vignard). Et encore, l'apparition d'une fistule, nous l'avons vu, ne peut pas être considérée comme une manifestation tuberculeuse nette, à moins toutefois qu'on ne fasse les résér-

1. Lacouture, *Thèse*, Bordeaux 1905-1906.

ves que nous avons exposées plus haut quant à la date d'apparition ou à la durée de la fistule. On ne peut accepter sans réserves l'affirmation de Letulle qui nous paraît fortement exagérée : « toute appendicite d'allure chronique doit être à priori soupçonnée de nature tuberculeuse. » ¹

Enfin, il faudra se garder de mettre sur le compte d'une bacillose intestinale les symptômes d'un appendicite banale évoluant chez un tuberculeux. De même, on se défiera de l'appendicite simulant la tuberculose signalée par Faisans en 1911, admise par Claisse, Siredey, Comby, Waltter, mais critiquée par Sergent, Sabourin, Poncet et Leriche.

Nous insisterons peu sur les méthodes de laboratoire destinées à éclairer le diagnostic. La recherche des bacilles dans les selles pourrait peut-être donner des renseignements utiles : il faut savoir toutefois qu'il existe des observations d'appendicite non spécifique accompagnant la tuberculose intestinale. Le procédé qui donnerait peut-être les meilleurs résultats serait de les rechercher dans le pus de la fistule, après homogénéisation et centrifugation, ou encore et mieux de l'innoculer au cobaye (Voy. obs. XII).

On voit par cet exposé quelles sont les difficultés auxquelles on se heurtera fréquemment si l'on veut établir la nature tuberculeuse d'une fistule de la fosse iliaque droite. Dans la plupart des cas, le diagnostic ne pourra être que soupçonné. Dans quelques-uns, l'apparition tardive d'une fistule persistante fera envisager rétrospectivement la possibilité d'une tuberculose iléo-cæcale. Enfin, si, dans certains cas, les examens de laboratoire pratiqués après une intervention entreprise pour traiter la fistule sont positifs, il ne faudra pas conclure de leur négativité à la non-existence d'une tuberculose. C'est à cause de ces difficultés de diagnostic que les fistules pyo-stercorales de nature bacillaire, prises trop souvent pour des fistules banales et traitées comme telles, récidivent fréquemment et nécessitent des opérations ultérieures.

1. Letulle, *Revue de la tuberculose* 3^e s. T. II p. 214.

§ 3. *Evolution.* — Contrairement à celles que nous avons étudiées au début de ce chapitre, les fistules tuberculeuses n'ont aucune tendance à la guérison ou à la réparation spontanée. Abandonnées à elles-mêmes, elles durent indéfiniment; traitées insuffisamment, elles récidivent. La dénutrition qu'elles entraînent par suite du passage du contenu intestinal en quantité plus ou moins grande par leur orifice, finit par entraîner une déchéance profonde de l'organisme. D'autre part, la suppuration continue finit par aboutir à des lésions graves des organes, telles que la dégénérescence amyloïde du rein ou du foie.

En résumé, ces fistules, par leur tendance à persister ou même à s'accroître, par leur retentissement sur l'état général, nécessitent un traitement énergique et radical.

C) CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

On peut concevoir déjà, et nous l'avons laissé entendre à plusieurs reprises, que si les opérations locales sont suivies d'effet dans les fistules non spécifiques, il n'en est pas de même pour les fistules tuberculeuses, qui ne constituent pas toute la maladie, mais ne sont qu'un symptôme d'une affection n'ayant aucune tendance à guérir d'elle-même, la tuberculose iléo-cæcale ou appendiculaire.

Le traitement à diriger contre les fistules tuberculeuses, pour être efficace, ne peut donc être différent de celui de la bacilliose de l'anse iléo-cæcale. Nous envisagerons donc, dans les chapitres suivants, d'abord, les opérations locales, en ayant surtout en vue les fistules non spécifiques, puis les opérations étendues dépassant le siège de la fistule et dirigées surtout contre les fistules tuberculeuses.

Nous nous hâtons de dire que cette division, basée sur les résultats de la majorité des cas n'a rien d'absolu, et on trouvera ici de temps à autre des cas de fistules banales ayant nécessité des opérations étendues, et inversement des fistules tuberculeuses ayant guéri par intervention locale,

CHAPITRE II

Les opérations locales

I

Le traitement des fistules de nature non spécifique — ce sont elles que nous envisagerons surtout ici — ne nous paraît pas devoir être entrepris trop tôt, car grâce à leur tendance naturelle à la réparation, certaines d'entre elles peuvent guérir spontanément. Nous citons à la fin de ce chapitre plusieurs observations de cas semblables. D'autres, par le même processus, de pyo-stercorales qu'elles étaient au début deviennent, au bout d'un temps plus ou moins long, simplement purulentes. La nécessité d'une intervention précoce se trouverait cependant indiquée dans les cas suivants :

S'il s'agissait d'une fistule très importante donnant issue chaque jour à de grandes quantités de matières et de pus ;

Si la plaie cutanée était en mauvais état ;

Si le fonctionnement du gros intestin laissait trop à désirer ;

Si une complication grave, telle que la rétention purulente ou la péritonite menaçait de se produire ;

Si l'état général devenait trop mauvais.

Mais ce sont là des caractères que l'on rencontre plutôt dans les fistules tuberculeuses et d'une façon relativement exceptionnelle dans les fistules pyo-stercorales banales,

Nous diviserons les opérations locales en eux groupes : Le premier comprend des opérations diverses, présentant chacune une indication spéciale suivant la pathogénie de la fistule et s'adressent plutôt à des fistules en voie de régression spontanée, dans lesquelles, par exemple, l'écoulement est devenu simplement purulent. Le second comprend des opérations bien définies, plus complètes et plus radicales que les précédentes, les entérorraphies.

§ 1 *Opérations diverses.* — Dans les fistules devenues simplement purulentes, dans lesquelles, par conséquent l'orifice intestinal s'est fermé de lui-même, l'intervention se trouve simplifiée. Deux cas nous paraissent devoir être envisagés, suivant que l'écoulement purulent paraît devoir se tarir peu à peu, ou au contraire s'il tend à persister.

Dans le premier cas, on pourra hâter la fermeture de la fistule en pratiquant des débridements, en effectuant le curettage du trajet fistuleux ou de la poche, ou encore en détruisant au thermocautère, à la manière de Verneuil, les bourgeons charnus de la membrane granuleuse qui tapissent la paroi interne de la partie, de façon à transformer en plaie plate cette cavité anfractueuse; on pourra continuer ensuite par des lavages antiseptiques ou avec une solution de chlorure de zinc à 10 %. Ces procédés simples suffiront souvent à amener la cicatrisation. Une autre méthode, plus radicale et plus sûre, consisterait, après incision, à pratiquer la dissection de la poche et du trajet fistuleux et à effectuer leur extirpation. C'est à un procédé de ce genre qu'a eu recours M. le Médecin principal de la marine Oudard dans le cas dont il a bien voulu nous communiquer l'observation. (Voy. obs. XI).

Dans le second cas, l'écoulement persistant sans aucune tendance à se tarir, il faudra soupçonner la présence, au voisinage de la région iléo-cæcale, d'un corps étranger; c'est le cas de l'appendicite calculeuse dont nous avons parlé précédemment; le corps étranger peut d'ailleurs être constitué par l'appendice lui-même, et, dans ce cas, le traitement est

tout indiqué : extraction du corps étranger ou de l'appendice malade, suivi, si on veut hâter la cicatrisation, des opérations exposées précédemment.

Si l'écoulement pyo-stercoral persiste avec son double caractère, il sera bon, avant d'intervenir de s'assurer, dans la mesure du possible de la nature « banale » de l'inflammation de la région. Nous avons suffisamment exposé au chapitre précédent les difficultés auxquelles on peut se trouver en butte pour établir un tel diagnostic : nous n'y reviendrons pas ici. Si l'on acquiert la certitude qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose iléo-cæcale, une intervention purement locale suffira. On pourra utiliser, ainsi que l'a fait Alglave (voyez observation XII) les procédés décrits plus hauts. Mais, dans la plupart des cas, exception faite pour ceux dans lesquels la fistule aboutit à un appendice perforé et où l'appendicectomie suffit à guérir la fistule (Ymbert)¹, on devra s'inspirer du conseil de Trélat² : « Une indication semble dominer ici : clore par la suture l'orifice intestinal. »

§ 2. *L'enlérorrhie latérale.* — Avant Trélat, cette méthode avait déjà été employée avec succès par Julliard³, par Riedel⁴, par Horteloup⁵, soit d'emblée, soit après échec d'autres tentatives locales. Elle ne peut d'ailleurs être appliquée à tous les cas, et à ce propos voici ce que dit Trélat : « Par suites des phénomènes inflammatoires subaigus que détermine dans son voisinage la poche suppurante, il se fait des adhérences péritonéales, qui fixent l'anse malade et qui, souvent même, relient à la paroi des anses intestinales voisines, constituant ainsi un véritable gâteau induré, une masse confuse et solide dont il faut tenir grand compte dans le pronostic opératoire... Si, après avoir ouvert largement la cavité

1. Ymbert, *Thèse* Paris 1898-99.

2. Trélat, *Progrès médical* 1888.

3. Julliard, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1881, T. I, p. 214.

4. Riedel, *Centralbl. für Chir.*, 1884. Traitement des fistules pyo-stercorales (Analyse in *Rev. Hayem*, 1884, p. 321).

5. Horteloup, *Congrès français de chirurgie*, 16 mars 1888.

de l'abcès, on reconnaît que la fistule est unique, accessible, qu'elle ouvre dans un intestin non déformé, qu'elle n'est pas entourée d'adhérences, on peut, séance tenante, procéder à la dissection des bords muqueux de la fistule et à la suture de l'intestin. Si, au contraire, après avoir ouvert l'abcès, on ne reconnaît pas aisément l'orifice intestinal, s'il est profond, difficile à aborder, s'il en existe plusieurs distincts, si pour un motif quelconque, on croit que l'intestin ne pourra être libéré, il faut renoncer à l'entérorraphie, au moins provisoirement¹ ».

Les idées ne paraissent pas avoir changé depuis Trélat à ce point de vue; et, sous cette double réserve que la libération des adhérences, si elles existent, ne soit ni trop pénible ni trop dangereuse, et que l'orifice intestinal de la fistule soit unique, l'entérorraphie paraît être la méthode de choix.

Voici rapidement exposé les temps de l'opération :

Premier temps. Incision de la peau. Le malade étant endormi et placé dans le décubitus horizontal, on commence l'incision de la peau à 5 ou 6 centimètres environ au-dessus de l'orifice fistuleux; le bistouri contourne ensuite ce dernier latéralement à 1 cm. 5 environ et prolonge l'incision en bas sur une longueur égale à la partie supérieure. Une deuxième incision se détache ensuite de la première en passant à même distance de l'orifice. Celui-ci, en somme, se trouve circonscrit par une incision circulaire prolongée par deux queues symétriques. Des pinces saisissent alors les bords de l'îlot équaté ainsi formé en les appliquant l'un contre l'autre de façon à assurer la fermeture de l'orifice de la fistule.

Deuxième temps. Ouverture de la paroi et libération de l'intestin. L'incision est poursuivie dans la profondeur; le péritoine est ouvert et on arrive sur l'intestin dont on entreprend la libération ainsi que celle du trajet fistuleux et de la poche. Une fois les adhérences détruites, on attire l'intestin hors de la paroi en protégeant le péritoine par des compresses.

1. Trélat, *Loc. cit.*

Troisième temps. Résection des tissus malades. Une fois terminée la dissection de la poche et du trajet fistuleux, on pratique leur résection. Il est indispensable de réséquer aussi toute la portion de la paroi cœcale avoisinant l'orifice intestinal de la fistule, de façon à ne pratiquer la suture que dans des tissus parfaitement sains. Cette précaution doit être prise avec encore plus de rigueur que s'il s'agissait de l'intestin grêle, étant donnée la minceur de la paroi du cæcum, et sa vascularisation beaucoup plus réduite que celle du grêle. On ne craindra pas, pour obtenir ce résultat d'enlever une trop grande portion de la paroi : ces résections étendues présentent là moins d'inconvénients que partout ailleurs, étant données la position diverticulaire du cœcum.

Quatrième temps. Suture de l'intestin et péritonisation. On procédera ensuite à la suture, qui sera faite comme une suture intestinale ordinaire. On pratiquera une suture en bourse ou par points séparés, au catgut fin, non perforante, n'intéressant pas la muqueuse. On pourra aussi employer le procédé de l'abrasion indiqué par Chaput¹.

La suture faite, on péritonisera en utilisant du péritoine sain : c'est dire que si les adhérences sont assez étendues, il ne faudra pas craindre de s'éloigner du centre de la plaie pour atteindre une portion saine de la séreuse.

Ce temps de l'opération est sans contredit le plus important : « Le pronostic de l'intervention est tout entier dans la perfection de la suture. » (Veau et Duverger²).

Cinquième temps. Fermeture de la paroi. La paroi est refermée plan par plan. On peut, pour parer à toute éventualité, laisser un drain qu'on enlèvera au bout de quelques jours.

L'entérorraphie latérale, pratiquée comme il vient d'être dit et dans les conditions de possibilité énoncées par Trélat donne des résultats très satisfaisants. Elle constitue, à n'en pas douter la méthode de choix dans le traitement de la caté-

1. Chaput. Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires (1892).

2. Veau et Duverger. Les anus contre nature dans l'appendicite. *Archives de médecine des enfants* (1908).

gorie de fistules dont nous nous occupons en ce moment. La précaution la plus indispensable à prendre nous paraît être celle de pratiquer la suture en tissu sain. On trouvera plus loin un cas d'échec dû à une suture effectuée dans une paroi malade. (Voir observation IV). Hallopeau¹ cite quatre cas où il l'a employée avec succès; dans trois cas, la fistule datait de 3 mois et demi; dans le quatrième, elle datait de quinze mois. Il considère d'autre part, en citant une cinquième observation, de fistule tuberculeuse, que si l'entérorraphie est insuffisante dans ces dernières, il faut avoir recours à elle de préférence à tout autre procédé dans le traitement des fistules non spécifiques.

L'entérorraphie n'est pas applicable, cependant, à tous les cas. Il peut arriver qu'au lieu d'un seul orifice intestinal, il en existe deux ou même davantage; cette éventualité n'est pas rare : Blin² l'a observée 4 fois sur 11 et Vaucher³ 3 fois sur 7. Si les orifices sont suffisamment voisins, on pourra encore tenter l'entérorraphie, mais si la nécessité de suturer en tissu sain oblige à réséquer une trop grande portion de la paroi cæcale, il faudra y renoncer; il en sera de même si les deux orifices siègent l'un sur le cæcum, l'autre sur l'iléon. L'entérorraphie ne trouve pas non plus son application si les adhérences sont trop étendues ou forment une masse trop compacte pour pouvoir être rompues sans faire courir de dangers de perforation à la paroi intestinale. Les opérations à employer doivent nécessairement dans ces cas comme pour les fistules tuberculeuses dépasser le siège de la fistule. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que ce n'est qu'exceptionnellement que les lésions peuvent atteindre ce degré, et nous concluons de tout ce qui précède que, d'une façon générale, ce sont les opérations locales et en particulier l'entérorraphie qui sont indiquées dans le traitement des fistules non tuberculeuses de la fosse iliaque droite.

1. Hallopeau. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 15 mars 1921.

2. Blin, *Loc. cit.*

3. Vaucher, *Loc. cit.*

OBSERVATIONS

A. — Fistales pyo-stercorales dues à une inflammation non spécifique de l'appendice ou du segment iléo-caecal*(a) Fistules n'ayant été soumises à aucun traitement***Observation I** (Résumée)Picqué in *Thèse d'Ymbert*.

Femme, 28 ans. Absès de la fosse iliaque droite d'origine appendiculaire. Incision. Evacuation de pus et de deux calculs stercoraux. Les jours suivants, écoulement de pus mêlé de matières fécales. Fermeture spontanée et guérison complète un mois après.

Observations II (Résumée)Routier in *Thèse de Ferron* (1892)

Homme, 41 ans. Absès de la fosse iliaque droite. Ouverture : écoulement de pus et d'un calcul stercoral. Résection de l'appendice gangréné et perforé. Pansement et drainage. Les jours suivants, écoulement abondant de pus et de matières fécales par le drain. Suppression de drains. Phlébite. Arrêt spontané de l'écoulement pyo-stercoral et guérison quatre mois après.

Observation III (Résumée)Routier in *Thèse de Ferron* (1899)

Homme, 17 ans. Absès de la fosse iliaque droite. Ouverture. Appendice gangréné facilement détaché. Ecoulement pyo-stercoral consécutif par la plaie. Suppression des drains et des mèches. Arrêt de l'écoulement. Il reprend un mois plus tard. Arrêt spontané, et cinq mois après, guérison complète.

Observation IV (Résumée)Routier in *Thèse de Provost* (1899)

Homme, 26 ans, Crise appendiculaire. Laparotomie latérale. Appendice en morceaux; résection de ce qui en reste attenant au cæcum;

suture de l'orifice cæcal en mauvais tissu. Drains et mèches. La plaie donne issue à du pus mêlé à des matières fécales. La fièvre tombe peu à peu. Dix jours après, cessation de l'écoulement. Guérison complète six mois après.

Observation V (Résumée)

Pauchet in *Thèse de Béra* (1897).

Tuberculose pulmonaire (2^e degré) datant de deux ans. Quatrième crise d'appendicite. Opération à chaud. On ne trouve pas l'appendice. Drainage. Fistule pyo-stercorale le quatrième jour, fermée spontanément le cinquième. Guérison.

Observation V (Résumée)

Routier in *Thèse de Lécureuil* (1900).

Homme, 27 ans, crise appendiculaire apparue après de nombreuses crises antérieures. Recherche et libération laborieuse de l'appendice adhérent au cæcum. Résection. La paroi du cæcum, saignante trop friable, n'est pas suturée : on place une pince à demeure. Drainage. Quatre jours après, on trouve des matières dans le pansement. On retire drains et mèches. Quinze jours après, l'écoulement est simplement purulent. Un mois plus tard, le malade est complètement guéri.

Observation VII (Résumée)

Routier in *Thèse de Lécureuil* (1900)

Homme, 32 ans. Crise appendiculaire. Incision de salaguiet. Absès (un litre de pus) se prolongeant au petit bassin. L'appendice est fusionné avec la paroi cæcale. On le détache en tirillant un peu celle-ci. Ligature à la base. On place un drain à la partie inférieure de la plaie. Suppuration abondante. Après des excès alimentaires, apparition de pus à odeur fécaloïde et contenant des matières alimentaires. Suppression du drain. Régime lacté. Un mois après, il ne passe plus de matières par la plaie. Le malade s'alimente progressivement. Trois mois après l'intervention, il sort guéri.

Observation VIII (Résumée).

Routier in *Thèse de Lécureuil* (1900).

Homme, 25 ans. Crise appendiculaire. Gros absès. Ouverture. Appendice adhérent au cæcum. Résection. Drainage. Cinq jours après ap-

parition de matières stercorales dans l'écoulement purulent. On enlève drain et mèches. Régime lacté. Au bout de huit jours, il ne passe plus de matières. Un mois après, la plaie est complètement fermée.

b) Fistules traitées par des opérations diverses, autres que l'entérorraphie

Observation IX (Résumée).

Pauchet in *Thèse de Béra.*

Femme, 26 ans. Au cours d'une deuxième crise appendiculaire, formation d'une fistule pyo-stercorale de la fosse iliaque droite. Incision. Ouverture du trajet. On trouve un foyer purulent. Résection de l'appendice. Drainage. L'écoulement continue pendant trois semaines, puis, guérison complète.

Observation X

Bérard et Vignard in *l'Appendicite* (1911).

En 1911, nous avons opéré, au quatrième jour d'une crise aiguë, un jeune homme de 18 ans, dont l'appendice gangréné fut extirpé sans manœuvres laborieuses. Il avait été impossible d'enfouir le moignon, en partie sphacélé sous un plan séreux. Dans les jours qui suivirent se fit par la plaie laissée ouverte une issue abondante de matières intestinales. Au bout d'une semaine, cet écoulement s'était tari et les mèches du pansement n'étaient plus souillées que par un pus roussâtre, d'odeur fécaloïde. Cet opéré rentré chez lui garda pendant six mois cette fisture purulente, plus gênante que douloureuse, et malgré laquelle l'état général était redevenu excellent. Au bout de ce temps, l'exploration du trajet, qui avait des dimensions d'une plume de corbeau sur une longueur de trois à quatre centimètres, conduisit le stylet sur un corps dur, plaqué contre la fosse iliaque interne. Le débridement de cet orifice, sous anesthésie, permit d'extirper sans peine deux calculs stercoraux, chacun du volume d'une bille d'enfant qui avaient déjà fait leur migration hors de l'appendice et furent enlevés facilement. Dans la semaine qui suivit, la cicatrisation totale se fit sans nouvel incident. La guérison se maintient actuellement depuis trois ans.

Observation XI (inédite).

due à l'obligeance de Monsieur le Médecin Principal
de la Marine Oudard.

S... Elie, 26 ans, quartier-maître mécanicien du Personnel militaire,

Opéré le 20 mars 1917 à l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah, un mois après une crise d'appendicite, la troisième en trois ans. Anesthésie au chloroforme. Incision de Roux avec dissociation. L'appendice trouvé très adhérent est réséqué. Enfouissement en bourse. Suture en trois plans. Cicatrisation superficielle, mais infection phlegmoneuse profonde sous-musculaire que l'on ouvre le douzième jour. La plaie se fistulise, donnant un écoulement pyo-stercoral.

Débridement le 22 mai. Curettage du trajet le 7 août. Le malade sort de l'hôpital le 22 octobre : il rentre deux jours après pour fistule et lymphangite, plus de sept mois après la première opération. On le prépare pendant une semaine par le traitement de la lymphangite, la désinfection du trajet fistuleux et la coloration de ce dernier au bleu de méthylène.

Le 8 novembre, opération par Monsieur le Médecin Principal Oudard. Sous anesthésie générale au chloroforme, résection de la cicatrice opératoire. On trouve une vaste poche située entre le transverse et les obliques. A la partie inférieure de la plaie, il existe une plaque de tissu cicatriciel assez mince adhérent intimement au péritoine. Celui-ci est ouvert : on ne découvre pas la fistule, la région appendiculaire est libre. Le péritoine étant refermé, on poursuit la dissection de la poche qui s'étend, en arrière, jusque dans la région dorso-lombaire. Son extirpation nécessite une très longue incision opératoire de trente centimètres. La paroi est suturée en trois plans et la réunion se fait par première intention. Le malade est envoyé en convalescence le 13 décembre.

Le point de départ de l'infection paraît avoir été primitivement intra-péritonéal, comme en témoigne l'infiltration phlegmoneuse sous-musculaire dans la région où nous n'avons plus trouvé ultérieurement qu'une masse cicatricielle, intimement adhérente au péritoine. Nous incriminons l'enfouissement, à l'occasion duquel un point a pu perforer la mince paroi cæcale, accident fréquent, origine de phlegmons de ce genre, dont nous connaissons plusieurs observations. Puis, l'infection a évolué pour son propre compte, dans la paroi, origine d'une fistule qui n'était plus stercorale quand le malade nous a été confié.

Observation XII

Alglave (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris* 17 mai 1921)

Alors que je remplaçais Leguen à Laennec en 1913, j'eus l'occasion de voir une jeune fille qui avait été opérée sept mois auparavant et chez laquelle persistait une fistule donnant un petit écoulement pyo-stercoral. L'innoculation de ce pus au cobaye étant demeurée négative, j'entrepris une tentative locale de traitement : après débridement, curetage et application de thermocautère sur les parois de la fistule, l'écoulement se tarit et la malade guérit complètement.

c) *Fistules traitées par l'entérorraphie latérale*

Observation XIII (Résumée).

Rioblan (*Congrès de Chirurgie*, 1897).

Homme, 21 ans. Appendicite suppurée. Dénudation et perforation du cæcum. Incision iliaque; évacuation d'un demi-litre de pus. Quinze jours après état septicémique et pleurésie purulente : empyème. Désunion de la plaie abdominale, et bientôt, issue de matières. Sérum artificiel, tonique. Six mois après, intervention pour fermer la fistule. Incision circulaire, circonscrivant l'orifice. Cæcum attiré au dehors entérorraphie latérale par le procédé de Chaput. Guérison.

Observation XIV.

Bérard et Vignard in *l'Appendicite* (1913).

Femme M..., 42 ans, quatre enfants. Après plusieurs crises douloureuses, observées depuis sa première grossesse il y a vingt ans, présente un abcès iliaque qui doit être incisé d'urgence à la campagne. le sixième jour d'une crise survenue en janvier 1913. Drainage sans suture. L'appendice n'a pas été enlevé.

Persistance d'une fistule d'abord pyo-stercorale, puis surtout purulente, depuis deux mois. La malade vient à l'Hôtel-Dieu en juin 1913 pour se faire opérer. Bon état général, pas de soupçon de bacillose.

A l'examen, orifice fistuleux des dimensions d'une tête d'épingle en verre, à bords indurés, sans trace de muqueuse. Le stylet se dirige en bas et en dedans vers une masse indurée qu'on sent par la palpation plaquée contre la fosse iliaque; le toucher vaginal montre qu'elle plonge vers le petit bassin.

Intervention le 5 juin 1913. Dissection des téguments autour de la fistule et obturation de l'orifice par une suture en surjet. Longue incision oblique des parties molles et du péritoine en dedans de la zone des adhérences. La grande sèreuse étant bien protégée par des compresses, nous procédons à l'isolement de la masse inflammatoire que nous cherchons à amener en bloc dans la plaie après libération des adhérences épiploïques, et décollement du cæcum dans le plan de clivage postéro-externe. Ainsi se dégage peu à peu un appendice coudé en V et présentant à sa base, juste au niveau de son implantation au cæcum, une perte de substance d'un demi-centimètre environ, qui empiète sur la paroi du gros intestin. C'est sans doute cette situation particulière de l'ulcération qui explique la persistance de l'écoulement pyo-stercoral.

Résection de l'appendice en empiétant sur la zone suspecte du cæcum de façon à placer les sutures d'obturation en tissu sain. Deux plans au catgut.

Comme le décollement de l'appendice a provoqué un suintement sanguin très notable, une mèche et un drain sont laissés dans la plaie avec des fils d'attente sur la paroi abdominale. Ablation au bout de trois jours. Fils serrés, suites simples. Guérison sans éventration.

La coupe de cet appendice le montre perforé sur un tiers de sa circonférence, au niveau de son abouchement dans le cæcum; la lumière, revêtue de la muqueuse enflammée est perméable environ sur la moitié de sa longueur. L'extrémité distale est oblitérée par du tissu fibreux qui forme deux bouchons cicatriciels au niveau de deux petites perforations anciennes. Tout à fait à la pointe subsiste une cavité du volume d'un pois, contenant un magma brunâtre, sans odeur et sans éléments de pus.

Observation XV

Siraut in *Thèse de Vallak*.

Madame V... 32 ans, couturière, entre salle Ste-Marthe le 2 septembre 1900. A été atteinte de trois crises de coliques appendiculaires, une en mai, l'autre en juillet; la dernière à la fin d'août. Rien de particulier dans les antécédents; quelques troubles gastro-intestinaux, un peu de constipation habituelle.

A son entrée, la malade présente dans la fosse iliaque droite une tuméfaction assez considérable, descendant jusqu'à l'arcade fémorale et remontant à l'ombilic. Cette tuméfaction est rénitente. Peu de réaction péritonéale. Les vomissements ont été très marqués il y a huit jours et depuis l'entrée de la malade, ils ont à peu près cessé. Météorisme. Selles rares. Température : 38°9.

Le 14 septembre, intervention. Incision au niveau de la tuméfaction. Elle est à peu près parallèle à l'arcade crurale et se prolonge au bord externe du grand droit : issue de pus à odeur stercorale. L'appendice, dégagé des fausses membranes, est perforé à sa base.

20 septembre. Depuis l'intervention la suppuration a diminué, mais les matières fécales s'écoulent par l'orifice.

12 octobre. Une fistule persiste et laisse passer des matières par intermittence. Elle est réduite à un conduit d'un calibre laissant passer une sonde cannulée ordinaire. La malade réclame une intervention.

Celle-ci est pratiquée par Siraut, d'après le procédé qui suit.

1° Introduction d'une mèche de gaze iodoformée dans la fistule ;

2° Dissection des plans cutanés autour de l'orifice externe à la fistule à un centimètre et demi de l'orifice. Fermeture de ce dernier par des sutures au catgut.

3° Attaque au bistouri des plans abdominaux profonds tout autour de la fistule, et dissection jusqu'au péritoine inclusivement. Le trajet fistuleux apparaît dégagé de ses adhérences, long de 4 à 5 centimètres et se porte sur le fond du cæcum en dehors de la base de l'appendice. Résection du canal fistulaire au ras du cæcum. Suture à la soie, par trois plans étagés, un muqueux, un musculaire, un séreux, de l'orifice. Quelques points superficiels sur le cæcum invaginent l'ouverture ainsi fermée.

28 octobre. La malade est guérie définitivement sans accident.

Observation XVI.

Villard in thèse de Vallat.

B... G... (Jules) de Chaumont près Saint-Claude (Jura), 17 ans. Entré le 14 juin dans le service de Gangolphe, avec deux fistules donnant du pus. L'une à son orifice à droite, à la hauteur de l'ombilic ; l'autre un peu plus bas, à trois centimètres environ au-dessous de

l'ombilic. Chaque orifice présente une ouverture étalée, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ.

A une exploration rapide au stylet, on reconnaît qu'à l'orifice supérieur, fait suite un trajet qui communique avec l'orifice inférieur et descend en ligne droite jusqu'au pubis, cheminant entre les tissus superficiels et la gaine des droits. Au niveau du pubis, le trajet se recourbe brusquement sur l'os ce qui fait tout d'abord songer à une ostéite ayant son siège au niveau de la symphyse.

Le malade interrogé raconte que, deux mois auparavant, à la suite d'un refroidissement (?) il aurait eu de violentes coliques généralisées accompagnées de fièvre et de nausées sans vomissements. L'état général général était assez grave : le médecin appelé alors constate de la rougeur et de la tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite, et, le quinzième jour, environ, se décide à inciser en deux points à ce niveau. Il est sorti du pus en abondance, ayant une odeur stercorale. Cinq jours après, il est entré à l'hôpital.

L'opération est pratiquée par le professeur agrégé Villard. Dissection sur soude cannelée des trajets jusqu'au pubis. Celui-ci est trouvé sain, contrairement à l'hypothèse première. A ce niveau existe un trajet récurrent, faisant suite au premier et séparé de celui-ci par les couches musculaires cheminant entre le fascia transversalis et le péritoine. On trouve des adhérences considérables autour du trajet, qui, après une longueur de trois centimètres environ, ne tarde pas à aboutir dans une poche occupant une partie de la fosse iliaque droite. Dans cette poche se trouve un débris représentant l'appendice gangrené et perforé entièrement, flottant et adhérent seulement au cœcum par sa base, entouré de fausses membranes considérables. Résection de l'appendice. Sutures à la soie. Dissection du trajet profond jusqu'au péritoine inclus, suture des deux plans superficiels au catgut, drainage.

Guérison au bout d'un mois.

Observation XVII.

Quénu in thèse de Francoz.

Fistule stercorale d'origine appendiculaire. Opération, récurrence, guérison.

M... Jeanne, 17 ans, entrée à l'hôpital Cochin, salle Richet, le 12 novembre 1906.

Rien à noter dans ses antécédents, sauf une rougeole bénigne dans l'enfance. Réglée à onze ans, bien réglée depuis.

En septembre 1906, la malade entre à l'hôpital Pasteur pour une scarlatine assez grave. Bientôt après, elle commence à souffrir de douleurs d'abord très fortes et survenant par crises, occupant dans la fosse iliaque droite un point situé à deux-travers de doigt au-dessous du point de Mac Burney. Elle n'a eu ni vomissements, ni constipation.

Le 20 novembre 1906, la malade qui souffre déjà depuis environ un mois est très amaigrie; la figure est pâle, les traits tirés, les yeux cernés, la langue sale. Le ventre est ballonné, douloureux, surtout à droite. La température oscille entre 38° et 39°. On fait le diagnostic de collection purulente de la fosse iliaque droite.

Opération le 25 novembre 1906. M. Pierre Duval incise un volumineux abcès de la fosse iliaque droite, qu'il draine largement. Les matières fécales s'écoulent par la plaie.

Le 17 décembre 1906, une phlébite se déclare à la jambe droite. Il passe toujours du pus et des matières par la plaie.

Le 17 février 1907, on retire le drain.

En avril 1907, la malade va très bien; la fistule ne coule presque plus mais n'est pas fermée. Après trois mois d'immobilisation dans une gouttière, la phlébite ne donne plus aucun symptôme.

En juillet 1907, la fistule livre toujours passage à des matières fécales : on ne constate aucune amélioration. En août, la malade sort de l'hôpital pour aller à la campagne.

Le 19 novembre 1907, la malade revient à l'hôpital pour qu'on la guérisse de sa fistule. L'état général est excellent; elle a beaucoup engraisé; mais il sort toujours des matières fécales par la fistule.

A cette époque, la malade présente une cicatrice longue de dix centimètres environ, commençant un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'étendant jusqu'au voisinage de l'épine du pubis, à droite. Cette cicatrice paraît déprimée par ce qu'elle est entouré par un bourrelet adipeux : elle est blanc-rosé, linéaire à ses deux extrémités. A sa partie moyenne, elle s'élargit un peu : c'est là qu'aboutit le trajet fistuleux, dont l'orifice externe, allongé dans le sens de la cicatrice, mesure 18 à 20 millimètres de long sur 8 de large. Cet orifice est un peu exubérant, formé d'un groupe de bourgeons

charnus, rougeâtres et arrondis. Cet orifice, qui fait ainsi une légère saillie, paraît entourée par un petit sillon peu profond, tapissé d'une peau lisse, glabre, un peu pigmentée.

Opération le 5 décembre 1907 par M. le professeur Quéun.

Une incision, faite dans la cicatrice, qu'elle suit dans toute sa longueur, contourne l'orifice de la fistule en passant à 8 ou 10 millimètres de lui; une deuxième incision, se détachant symétriquement de la première, achève d'isoler l'orifice. Les bords de l'ilot ainsi formé sont alors relevés et appliqués l'un contre l'autre et maintenus ainsi par une série de petites pinces de Terrier, qui assurent une occlusion parfaite de l'orifice, et permettent de récliner le trajet dans tous les sens.

L'incision se poursuit à travers la graisse sous-cutanée, très dense et très vasculaire, qui devient lardacée et scléreuse au voisinage du trajet pariétal. La dissection est particulièrement difficile dans ce tissu cicatriciel, surtout épais au point où la suppuration ancienne a duré le plus longtemps. L'aponévrose du grand oblique est découverte dans la partie externe de l'incision, dégagée ensuite en partant de ce point, et soigneusement repérée. Au-dessous de ce plan fibreux, on dégage les muscles petit oblique et transverse auxquels le trajet fistuleux adhère fortement. On arrive enfin dans la zone des adhérences qui entourent la fistule.

Le trajet fistuleux ainsi dégagé est ensuite entouré de compresses qui l'isolent des plans voisins, et énergiquement cautérisé au moyen de la pointe fine du thermocautère introduite dans sa cavité. Les bourgeons charnus ainsi stérilisés sont enlevés à la curette. Puis, la fistule est sectionnée à sa base et réséquée. Les bords de la plaie ainsi produite dans la paroi cæcale sont immédiatement fixés et repérés par des pinces qui ne touchent pas à la muqueuse.

La paroi cæcale est ensuite refermée par une série de points séparés au catgut fin, points non perforants, n'intéressant pas la muqueuse. Par dessus ce plan séro-musculaire, quelques points séparés, séro-séreux, viennent renforcer le précédent.

Un petit drain est alors mis au contact de la suture intestinale; puis la paroi est refermée par trois plans; musculaire, aponévrotique et cutané. Quelques points sous-cutanés, au catgut assurent la fermeture de la masse adipeuse,

Pendant les trois jours qui suivent l'opération, l'état général de la malade reste bon, mais le quatrième jour survient une débâcle diarrhéique, la malade n'ayant pas été très bien préparée. La température monte à 38°, la malade ressent quelques douleurs locales, et on voit s'écouler par le drain un liquide roussâtre avec une certaine quantité de pus.

L'écoulement continue les jours suivants, mais diminue peu à peu. La plaie est pansée quatre fois par jour.

Le 10 janvier 1908, la fistule est à demi-fermée. Parfois, la malade ressent dans le côté droit une douleur sourde qui se termine par l'émission d'un gaz à travers la fistule.

Le 20 janvier la fistule est presque tarie.

Le 1^{er} février, la fistule est complètement refermée.

La malade sort de l'hôpital le 12 février.

Revue le 5 avril, la malade se plaint que sa fistule se soit rouverte à nouveau le 1^{er} avril. Pendant huit jours, il est sorti un peu de matières fécales.

Le 15 avril, on voit, au milieu de la cicatrice, un bourgeon charnu volumineux au centre duquel s'ouvre une fistule par où s'écoule un peu de pus. Il n'y a plus de matières depuis quelques jours. Le trajet est cautérisé au nitrate d'argent.

B. — Fistules pyo-stercorales dues à une tuberculose de l'appendice ou du segment iléo-calcal

Observation XVIII.

Ollivier in thèse de Perrève.

Tuberculose iléo-cæcale. Résection. Guérison. Fistule consécutive. Bonne santé après trois ans.

Mlle Valérie C... 15 ans, de Moosch (Alsace). Entre à l'hôpital de Moosch dans un état très grave en août 1916. Malade depuis un an, elle souffre dans la fosse iliaque droite interne, a de la diarrhée continue interrompue par de courtes périodes de subobstruction et présente de la température. L'état général est très mauvais : amaigrissement considérable.

À l'examen, abdomen légèrement ballonné. On constate dans le flanc droit et la fosse iliaque droite la présence d'une volumineuse masse, qui a tous les signes d'une tumeur du cæcum et du colon ascendant. Aux poumons, on ne trouve rien d'anormal. Au cœur, les

bruits sont normaux. Les urines sont claires, abondantes, sans sucre ni albumine. Devant la gravité de l'état général, la persistance de la diarrhée, Ollivier décide une intervention pratiquée le 19 août 1916.

Intervention. Anesthésie à l'éther sans incident. Laparotomie latérale droite sur le bord externe du grand droit. On voit de suite qu'il s'agit de lésions tuberculeuses de la région iléo-cæcale à forme de tuberculome. On voit cependant, au surplus, quelques granulations sur la fin du grêle et sur le colon ascendant. On se décide à la résection des parties lésées qui se fait assez facilement. Anastomose latéro-latérale iléo-transversaire à la suture. On résèque 30 centimètres d'intestin grêle malade, le caecum le colon ascendant et une partie du transverse. On place un drain sur la zone de décollement de la tumeur et l'on suture à trois plans.

Anatomie pathologique. La pièce est constituée par de volumineuses lésions tuberculeuses; elle comprend comme parties malades : la terminaison du grêle, le cæcum, le colon ascendant. Ces parties sont parsemées de granulation. Les parois de l'intestin sont extrêmement épaissies; la muqueuse présente des ulcérations dont l'une la plus grande est large comme une pièce de cinq francs et siège sur le cæcum.

Suites opératoires. Elles furent assez dramatiques, par suite de l'imprudence de la malade. Elle absorbait en effet, le lendemain de l'opération tout un repas : une pleine boîte de sardines, des gâteaux, du vin et d'autres liquides. Malgré la gravité des accidents, elle échappa à la mort, mais au bout de quelques jours, il se créa une fistule intestinale qui persistait encore au départ d'Ollivier au début de septembre. Son ambulance ayant quitté la région, Ollivier n'eut plus de nouvelles de la malade jusqu'au 20 novembre 1919.

20 novembre 1919. Ayant fait des recherches pour connaître le sort de cette malade, nous en avons reçu des nouvelles, et nous avons appris avec satisfaction que son état de santé était très bon. Son histoire fut la suivante : elle quitta l'hôpital, ayant toujours au niveau de sa cicatrice une petite fistule par où s'écoulait un peu de pus. Elle reprit malgré cela la vie normale. En juin 1918, souffrant d'une éventration au niveau de la ligne de suture, elle consulta le docteur Mazet (de Lyon) qui se trouvait à Moosch. Celui-ci décida une intervention, espérant en même temps guérir la fistule. L'intervention se

passa sans incident, et depuis la malade dit « aller très bien ». Elle travaille à l'usine, mange et dort bien et n'éprouve aucun trouble intestinal suivant les expressions de sa lettre. Cependant, la fistule, quoique beaucoup plus petite, persiste, donnant issue à quelques gouttes de pus.

En somme, guérison datant de trois ans et quatre mois chez une malade opérée dans un état très précaire et dont la santé serait parfaite si ce n'était le léger suintement purulent, donné par la fistule.

Observation XIX.

due à l'obligeance de M. le docteur Pervès, médecin en chef de deuxième classe de la Marine.

Femme 30 ans, entre à la clinique St-Charles à Rochefort au mois d'avril 1921 pour une tumeur abdominale.

A l'examen, on trouve une tumeur de la grosseur d'une orange, occupant la face antérieure du flanc droit. Cette tumeur est très mobile et peut se déplacer depuis l'ombilic jusque sous les fausses-côtes droites. Elle est presque indolente et affecte la forme d'un petit rein. On hésite entre le diagnostic de rein mobile, et celui de tumeur du mésentère.

L'état général étant très bon, on intervient. Après laparotomie latérale droite, on tombe sur une tumeur de la paroi du cæcum présentant de petites bosselures ramollies, et on fait le diagnostic de tuberculome. La poche étant bien isolée, on l'ouvre; on exprime la matière caséeuse, et on détruit au thermo-cautère les tissus fongueux ainsi, autant que possible que les parois de la cavité ainsi obtenue.

Le péritoine viscéral est ensuite suturé complètement au-dessus de la cavité. Un petit drain étant placé près de la paroi cæcale, malade l'abdomen est refermé.

Quinze jours après, une fistule pyo-stercorale se déclare. Cette fistule a été traitée par des injections de liquide de Calot, et s'est guérie au bout de deux mois.

La malade, revue dans les premiers jours de novembre est en bon état. La fistule est complètement fermée. A la palpation abdominale, on sent une tumeur de la grosseur d'une noix.

CHAPITRE III.

Les opérations étendues

Nous avons vu que des opérations purement locales pouvaient être vouées à un échec dans deux cas :

Lorsque dans une fistule pyo-stercorale due à une inflammation non-spécifique de l'appendice ou du segment iléo-cæcal de l'intestin, il existait des lésions de ces organes trop étendues, ou des adhérences trop intimes empêchant d'attirer l'intestin audehors pour pratiquer une entérorraphie.

Lorsqu'on avait affaire à une fistule pyo-stercorale de nature tuberculeuse, cette deuxième cause d'échec étant d'ailleurs plus fréquente que la précédente.

Nous en avons conclu que la thérapeutique, dans ces deux éventualités, devait dépasser le siège de la fistule. Les opérations à pratiquer peuvent répondre à deux indications différentes :

Ou bien assurer le « repos fonctionnel » de la portion d'intestin malade, en tenant compte de ce que l'anse malade est en communication avec l'extérieur.

Ou bien de débarrasser définitivement l'abdomen d'un organe malade dont les lésions pourraient se propager aux organes voisins.

Nous laisserons de côté, de propos délibéré, l'anastomose simple iléo-colique qui ne nous paraît convenir en aucune fa-

con aux deux indications précitées; on conçoit, en effet, que même si elle est exécutée dans le sens du péristaltisme, l'existence des mouvements antipéristaltiques du gros intestin, jointe à la possibilité du passage direct des matières dans la portion du grêle exclue restée perméable permettra toujours à une quantité relativement grande du contenu intestinal d'atteindre la région iléo-cæcale : on ne saurait ainsi obtenir le « repos fonctionnel » dont nous parlions tout à l'heure, et de plus, la dénutrition de l'organisme due au passage des matières par la fistule continuerait à aller en augmentant.

L'anastomose simple iléo-colique étant éliminée de notre étude, il nous reste à envisager l'exclusion intestinale et les colectomies.

I. — L'exclusion intestinale

1.

Nous examinerons successivement l'exclusion unilatérale et l'exclusion bilatérale.

A). L'EXCLUSION UNILATÉRALE.

Lorsqu'on pratique l'exclusion unilatérale d'une portion de l'intestin, l'anse exclue n'est séparée du circuit intestinal que par son extrémité supérieure ou proximale. Dans une tuberculose iléo-cæcale fistuleuse, l'exclusion devra porter, au moins, sur la portion terminale de l'iléon, sur le cæcum et une partie du colon ascendant. L'anastomose iléo-colique sera faite par conséquent sur le colon ascendant ou sur le colon transverse. Quant à la séparation de l'anse exclue, elle devra pour être efficace, être pratiquée par section. Une simple ligature, en effet, placée sur la portion terminale de l'iléon n'assurerait pas l'exclusion absolue : depuis déjà longtemps, Travers en 1824 et Jobert en 1829 avaient montré qu'un fil serrant l'intestin sur un point donné provoquait la section de la muqueuse avant celle de la séreuse; puis, un accollement se produisait entre les deux faces séreuses des portions d'intestin

placées de chaque côté de la ligature, et peu à peu, le fil se trouvait libre dans la lumière intestinale et éliminé sans même que l'on ait pu observer un rétrécissement à l'endroit où il était placé antérieurement. Aussi, ce procédé, que Souligoux et David¹ ont tenté d'appliquer à l'homme et que Ricard a employé sans succès en 1902 (Voy. obs. XLIV) doit-il être abandonné et remplacé par la section.

L'exclusion unilatérale est-elle efficace pour assurer le repos fonctionnel complet de l'anse exclue? Senn, Riedel, Sabatani, Fazole avaient cru démontrer par des expériences sur l'animal qu'elle n'entraînait pas de stase fécale, et même qu'elle était mûrie d'atrophie de l'anse exclue. Contrairement à cette opinion, Terrier et Gosset² admettent la possibilité de reflux. L'observation XVIII est instructive à cet égard, puisque dans ce cas, l'anastomose pratiquée sur l'anse sigmoïde n'empêcha pas, 16 heures après l'ingestion d'un repas opaque, le reflux du contenu intestinal jusque dans le cæcum. Ce fait, à lui seul, montre combien il est illusoire de penser réaliser une exclusion complète en plaçant l'anastomose le plus bas possible. A ce propos, voici ce que dit Okynczic³ : « Il semblerait, et on l'a dit, que l'arrivée du contenu du grêle dans le gros intestin y active les mouvements péristaltiques; au contraire, l'exclusion du côlon n'y laisse guère subsister que les mouvements antipéristaltiques qui lui sont propres ». Il en conclut que l'anastomose la meilleure est celle qui exclut le moins possible du gros intestin : « Le cæcum normal est court, et on ne gagne rien à l'allonger par une anastomose iléo-colique, et surtout par une iléo-sigmoïdostomie qui lui donne la longueur de tout le gros intestin ». D'ailleurs, M. Cauchoix,⁴ en rapportant l'observation que nous citons plus haut, disait lui-même : « L'exclusion unilatérale du gros intestin avec iléo-sigmoïdostomie, appliquée au traitement des fistules ster-

1. Souligoux et David : *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 6 juin 1906

2. Terrier et Gosset : De l'exclusion de l'intestin *Revue de Chirurgie* 1900.

3. Okynczic : *Chirurgie du gros intestin, Presse médicale* 1919, p. 581.

4. Cauchoix : *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 17 mai 1921,

corales de la fosse iliaque et du flanc droit... ne peut être considérée que comme une opération d'exception, un pis-aller, auquel on sera cependant contraint de recourir quelquefois ».

Ces indications sont d'ailleurs bien rares, et ce n'est que lorsque des adhérences s'étendant à tout le côlon transverse et le colon descendant seraient trop intimes pour permettre sans danger la libération de ces organes afin de pratiquer l'anastomose à leur niveau que l'on pourra être autorisé à faire une exclusion unilatérale avec iléo-sigmoïdostomie, l'exclusion bilatérale d'une aussi grande portion de gros intestin, même ouverte, n'étant pas exempte de dangers.

Si cette opération a donné un succès (Obs. XVIII), dans les autres cas que nous rapportons, il est loin d'en être de même, et cela à cause de l'antipéristaltisme du gros intestin qui fait reflux des matières jusqu'au cæcum, quel que soit le niveau auquel est pratiquée l'anastomose.

En somme, l'exclusion unilatérale est à rejeter dans la grande majorité des cas.

B. L'EXCLUSION BILATÉRALE.

Dans l'exclusion bilatérale, l'anse exclue du circuit intestinal en est séparée, non seulement par son extrémité proximale, mais encore par son extrémité distale. Nous n'insisterons pas sur les divers procédés de traitement de l'anse exclue ni sur les différentes méthodes d'anastomose à employer pour rétablir la continuité de l'intestin.

Nous appellerons seulement l'attention sur le point suivant. Von Baracz¹ ayant pratiqué sur dix-sept chiens l'exclusion bilatérale fermée, c'est-à-dire sans communication avec l'extérieur de la cavité close ainsi formée, les a vus tous mourir sauf deux.

1. Von Baracz, Recherches expérimentales sur l'exclusion de l'intestin *Lang Arch. fur klin. Chir.* 1899 Bd LVIII n° 1, p. 120. (Analyse in *Presse Médicale* 22 février 1899).

Avant ces expériences: Eiselsberg (voyez obs. XXV) avait fait rétrocéder des accidents graves de péritonite en ouvrant de nouveau une fistule qu'il avait fermée après avoir pratiqué l'exclusion bilatérale de la portion d'intestin où aboutissait la fistule.

Les expériences effectuées par Alglave¹ sont également démonstratives à cet égard, et l'amènent à conclure dans le même sens.

Nous signalerons cependant les deux cas de Wiesinger et de Kammerer que nous rapportons plus loin (voyez observations XXXVII et XXIV); l'un se rapporte à une fistule consécutive à une appendicite banale, l'autre à une tuberculose iléo-cæcale fistulisée. Dans ces deux cas, on pratiqua l'exclusion bilatérale, puis secondairement, on ferma les fistules. Mais, comme le fait remarquer Hartmann², il s'agissait là, de deux fistules dont l'écoulement était à peu près tari, c'est-à-dire dans des conditions tout-à-fait favorables à l'exclusion bilatérale complète. Le même auteur explique ainsi à quoi sont dus les accidents que l'on observe lorsqu'on pratique l'exclusion filatérale fermée. Les accidents sont dus, d'après lui, à l'infection du péritoine au cours de la désinfection nécessaire du segment à exclure; à la gangrène de l'anse exclue, par torsion possible de son méso vasculaire; à l'accumulation des gaz et des sécrétions dans l'intérieur du segment exclu, et à la désunion des sutures ouluses des bouts; aux lésions de la paroi du cylindre intestinal exclu, par ulcération, hémorragie, gangrène, etc. Tous ces accidents tiennent à la pullulation, en cavité close de microorganisme en particulier du *Bactérium coli* dont la virulence s'exalte et qui ont tendance ainsi à infecter le péritoine à travers l'intestin. A la longue, ils perdent toute virulence; mais les toxines sécrétées sont une source d'irritation pour la muqueuse, ce qui entretient la sécrétion.

1. Alglave. Recherches expérimentales sur l'exclusion du gros intestin. *Rev. de Gynéc., et de Chir. abd.*, février 1907.

2. Hartmann. *Congrès français de Chirurgie*, 1903, p. 35.

Salzer¹ arrive aux mêmes conclusions et met les accidents observés sur le compte de la résorption des produits toxiques élaborés à l'intérieur de l'anse exclue.

L'exclusion bilatérale fermée paraît donc absolument contre-indiquée. Mais on voit que l'exclusion bilatérale pourra être employée sans danger dans le traitement des fistules pyo-stercorales et la fosse iliaque droite, puisqu'elle sera toujours ouverte par suite de l'existence de la fistule, et que, par suite on n'aura pas à craindre les accidents signalés plus haut. Néanmoins, il sera bon, si la fistule est de dimensions réduites, soit d'agrandir largement cette ouverture, soit d'en créer une seconde en y abouchant l'un des bouts de l'anse exclu à l'exemple de ce qui a été fait dans un certain nombre des cas que nous rapportons plus loin. Cette seconde manière de procéder présente, en outre de l'avantage de prévenir d'une façon à peu près certaine les accidents dus à la résorption des produits toxiques élaborés à l'intérieur de l'anse exclue, celui de permettre des lavages faciles de cette dernière avec tel liquide antiseptique que l'on jugera bon d'employer.

Maintenant que nous avons vu la possibilité d'employer l'exclusion bilatérale dans le traitement des fistules pyo-stercorales de la fosse-iliaque droite, il nous faut envisager les résultats qu'elle est susceptible de donner.

Terrier et Gosset² ont établi la statistique suivante sur 25 cas d'exclusions pratiqués par eux : contre 10 guérisons complètes, ils eurent 3 morts, 6 fois la fistule a persisté, 4 fois on a dû réséquer l'anse malade secondairement.

Sur 28 cas d'exclusion bilatérale que nous rapportons ici, 9 ont trait à des fistules de nature banale, 19 à des fistules tuberculeuses. Sur les 9 premières, il y a 5 guérisons complètes, 1 mort, les 3 autres ont été suivis d'extirpation partielle ou totale de l'anse malade. Sur les 19 fistules tuberculeuses, il y a 5 guérisons complètes et 6 morts; 6 fois la fistule a

1. Salzer cité in Terrier et Gosset (*loc. cit.*).

2. Terrier et Gosset (*loc. cit.*).

persisté et 2 fois il a fallu pratiquer la résection de l'anse exclue.

Nous pouvons conclure de ces faits que si l'exclusion bilatérale peut être suivie d'effet assez fréquemment dans les cas de fistules non spécifiques, il n'en est pas de même s'il s'agit de fistules tuberculeuses. Nous pensons qu'on doit accepter sans réserves les conclusions que formulait Berger¹ à propos de son observation que nous rapportons plus loin (obs. XLV) : « Cette observation montre l'utilité de l'exclusion dans le traitement des fistules pyo-stercorales, car elle provoque le rétablissement immédiat du cours des matières et le retour à un état de santé satisfaisant; mais elle montre aussi que l'exclusion n'est qu'une opération palliative, puisque, indépendamment de l'orifice fistuleux, elle laisse subsister dans l'abdomen des lésions tuberculeuses qui peuvent reprendre une activité nouvelle. »

Est-il bon d'exclure une grande longueur d'intestin; par exclusion bilatérale ? Nous ferons à ce sujet des réserves analogues à celles que nous faisons pour l'exclusion unilatérale. Toutefois, il nous paraît que l'exclusion bilatérale d'une longue portion d'intestin a plus d'inconvénients et même de dangers que son exclusion unilatérale. Nous signalerons tout d'abord la diarrhée, qui peut être considérable, tout au moins au début et qui est due à cette suppression fonctionnelle d'une grande longueur de colon. Ils nous semble, d'autre part, que l'exclusion, même ouverte, lorsqu'elle porte sur un segment trop étendu, soit susceptible de provoquer des accidents analogues à ceux signalés par Salzer, Von Baracz et Hartmann. Nous rapporterons à ce sujet les conclusions d'Okynczic¹ : « L'exclusion partielle³ est rationnelle et justifiée. L'exclusion totale ne doit être tentée qu'avec circons-

1. Berger, *Congrès français de Chirurgie*, 1903.

2. Okynczic (*loc. cit.*).

3. Il ne faut entendre ici par exclusion « partielle » ou exclusion « totale » l'exclusion d'une partie ou de la totalité du colon. Certains auteurs emploient ces termes pour désigner respectivement l'exclusion « ouverte » ou l'exclusion « fermée ».

pection. Les très belles expériences d'Alglave sont un argument trop souvent oublié contre la bénignité de ces suppressions fonctionnelles d'un organe un peu légèrement considéré comme inutile. Pour être tardive, la mort n'en est pas moins le résultat éloigné de ces exclusions totales. »

En résumé, l'exclusion unilatérale est à rejeter dans la très grande majorité des cas. L'exclusion bilatérale, pourvu qu'elle soit largement ouverte donne des résultats quand elle s'adresse à des fistules non spécifique de la fosse iliaque. Dans les cas de fistules tuberculeuses, il est fréquent de voir persister l'écoulement et il reste pour le malade la menace d'une extension à d'autres organes de ses lésions iléo-cæcales. C'est pourquoi, dans ce dernier cas surtout, ces opérations (qui doivent exclure le moins d'intestin possible) ne sont-elles indiquées que lorsque par suite d'adhérences trop prononcées ou trop étendues, ou par suite du mauvais état général du malade, il est impossible de faire mieux.

II

OBSERVATIONS

A.— Fistules pyo-stercorales dues à une inflammation non spécifique de l'appendice ou du segment iléo-cæcal.

a) EXCLUSION UNILATÉRALE

Observation XX (résumée).

Mouchet (de Sens) in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* (30 janvier 1902).

V. 37 ans, pris brusquement d'appendicite le 19 octobre 1900. Entre à l'hôpital le 20 décembre avec un abcès iliaque volumineux qui est incisé le jour même. Une contre-ouverture est faite sous l'arcade crurale. Vers le douzième jour, il se crée une double fistule pyo-stercorale. Sort le 4 février 1901.

Le 6 août 1901, les fistules donnent, avec beaucoup de pus, issue à la totalité des matières. Affaiblissement. Intervention le 1^{er} octobre. Laparotomie. Section de l'iléon au-dessus de la fistule. Bout inférieur fermé par un plan à la soie, un plan au catgut. Bout supérieur anastomosé au colon près de l'angle hépatique. Une anse iléale contient un gros calcul bilieux qui est extrait par entérotomie. Réunion par première intention. Vingt jours après, on réunit les deux fistules par une incision. Curettage le 7 janvier 1902. La fistule, très rétrécie ne donne plus que quelques gouttes de pus.

b) EXCLUSION BILATÉRALE

Observation XXI (résumée).

Ostrom. Medical times, New-York (1898).

Exclusion bilatérale d'une anse iléale, du caecum et du colon ascendant pour fistule pyo-stercorale, suite d'appendicite. Fermeture rapide du trajet fistuleux.

Observation XXII (résumée).

Ervin-Payr Wien. Klin. Woch. (1900) p. 731.

Jame H..., 16 ans, souffre depuis cinq semaines de douleurs dans

le flanc droit, causées par un abcès de la fosse iliaque et psoïtis. Le 12 juillet 1899, on ouvre cet abcès par incision parallèle à la moitié externe du ligament de Poupart et à la crête iliaque. Il sort deux litres de pus. On fait le tamponnement de la poche. Huit jours après, issue de matières fécales dans la plaie, formation d'une fistule cæcale. Le 11 octobre, comme la fistule et la cavité de la plaie se bouchent pas laparotomie. Abouchement de la partie terminale d'iléon dans le colon transverse. Puis on rétrécit par une suture en bourse le calibre de l'iléon au-dessous, le calibre du colon au-dessus de l'anastomose iléo-colique. Malgré ces précautions, les matières stercorales coulent par intervalle à travers la fistule. Une fois même, on trouva un lombric. 15 jours après, 31 octobre, deuxième laparotomie. L'anastomose iléo-colique est trouvée perméable sans adhérence anormale. Section du grêle et du colon et réunion bout à bout par une suture en deux plans. Ensuite, fermeture des deux bouts contigus à la fistule, et ainsi est formée l'exclusion totale des 40 derniers centimètres du grêle, du cæcum, du colon ascendant.

La fistule se ferme le 26 novembre. L'abcès du psoas ne tarda pas lui-même à se fermer. Le 30 janvier le malade est complètement guéri. Le ventre est souple. Nulle part de tumeurs et de résistance.

Observation XXIII (résumée).

Parkill (*Medical News* 1894).

Fistule pyo-stercorale consécutive à appendicite. Iléo-colostomie avec exclusion unilatérale. Insuffisante. Ablation du cæcum avec exclusion bilatérale d'une portion d'iléon trois mois après. Guérison.

Observation XXIV(résumée)

Kammerer *Centralbl. f. Chir.* (10 mai 1902).

G. T..., 63 ans, a subi trois opérations pour appendicite il y a sept ans. Il reste une fistule pyo-stercorale droite presque totale. Février 1896 : exclusion unilatérale par implantation iléo-transversaire au bouton de Murphy. Insuffisante : la fistule donne toujours des matières. 17 décembre 1896 : exclusion bilatérale par section du colon. La fistule se tient presque entièrement. Fermeture de la fistule par suture. Depuis cinq ans, malade guéri complètement, exerce travail pénible, aucun symptôme.

Observation XXV (résumée).

Von Eiselsberg *Arch. f. Chir.* (1897).

Fistule cæcale après appendicite. Iléo-colostomie transversaire latérale; environ un tiers des matières fécales continuent à passer par la fistule. Exclusion bilatérale secondaire avec suture de la fistule. Les trois premiers jours, symptômes de péritonite locale (douleurs, météorisme, vomissements, pouls accéléré). On rouvre la fistule, il en sort une grande quantité de matières fécales. Amélioration sensible trois heures après. En quinze jours, sécrétion du bout exclu presque tarie.

Observation XXVI (résumée).

Charles Richmond *New-York med. journal* (20 déc. 1890).

Incision, le 8 août 1890, d'un abcès iliaque contenant du pus, des gaz et des matières fécales. 11 septembre 1890, incision de l'abdomen sur le bord externe du grand droit. On trouve un gâteau d'adhérences fixant le cæcum et la fin de l'iléon au fascia ilia. Au-dessus de cette masse, on coupe transversalement le colon ascendant et on oblitère les deux bouts avec la suture de Lambert. Même traitement sur la fin de l'iléon. Le bout central du grêle et périphérique du colon sont réunis par une anastomose latérale avec les anneaux du catgut d'Abbe. Pendant l'opération, la suture terminale du colon cède et des matières s'épanchent dans le péritoine. Lavage du péritoine. Mort en quarante heures de péritonite septique.

Observation XXVII (résumée).

Clairmont *Arch. fur klin. chir.* (1901).

Incision d'un abcès pérityphlique qui se transforme peu après en fistule. Laparatomie : à cause des adhérences, la résection de la portion fistuleuse de l'intestin n'est pas possible, et on fait l'iléo-colostomie latérale. Après cette opération, le diamètre de la fistule diminue, mais elle ne tarit pas. Sept semaines après, exclusion totale de l'intestin avec suture en cul-de-sac des quatre bouts intestinaux. Guérison.

B. — Fistules pyo-stercorales dues à une tuberculose de l'appendice ou du segment iléo-cæcal.

a) EXCLUSION UNILATÉRALE

Observation XXVIII.

Cauchoux *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. Paris* (17 mai 1921).

Homme, 20 ans, ayant subi une opération pour appendicite présumée : l'ablation de l'appendice n'a été possible qu'après la destruction d'adhérences étendues; ultérieurement, il y eut désunion de la plaie abdominale et formation de deux fistules. Une première tentative de fermeture de ces fistules avait échoué. Le malade entre à Necker à la fin de mars 1911 : il présente des décollements étendus de la paroi, la fistule donne un écoulement abondant de pus et de matières.

Le 10 avril, on intervient. Incision sur la ligne médiane sous-ombilicale; évacuation d'une certaine quantité d'ascite, et constatation de l'existence d'une péritonite tuberculeuse à granulations abondantes. L'épiploon est très épaissi et adhère fortement à la face postérieure de l'abdomen. Il paraît dangereux de rompre ses adhérences pour atteindre le colon transverse, et on se contente de dévier le contenu intestinal par une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale (l'iléon étant coupé à huit centimètres de sa terminaison). Le malade sort de l'hôpital le 29 juin, et le 20 novembre suivant, Delbet lui ferme ses fistules avec succès.

Le malade a été revu en mars 1921 : bon état général; pas de douleurs cæco-coliques ni de symptômes d'intoxication traduisant la stercorémie. La radioscopie donne les résultats suivants : seize heures après l'ingestion d'un repas opaque, il y a un reflux colique atteignant la partie moyenne du colon transverse et passant en très minime quantité dans le colon droit et le caecum. On constate une aérocolie considérable, surtout à l'angle splénique du transverse, mais non douloureuse. Quarante heures après, tout est évacué. Ce reflux, partiel et transitoire, est très bien toléré.

Observation XXIX (Résumée).

Steinthal, *Centralbl. f. chir.* (1896).

Exclusion unilatérale par implantation iléo-colique dans une tuberculose iléo-cæcale. Mort le neuvième jour de pneumonie.

Observation XXX (Résumée).

Jaboulet et Bérard *Lyon médical* (1900).

Exclusion unilatérale et iléo-sigmoïdostomie au bouton pour tuberculose cæcale fistuleuse. Pas de reflux des matières par le côlon. Pas de diarrhée, selles moulées dès le début. Persistance de l'écoulement purulent.

Observation XXXI (Résumée).

Delore et Patet *Revue de chirurgie* (1901).

Femme, 40 ans. Entre le 12 juillet 1900. Début des signes en janvier. En mars, ouverture d'un abcès. Formation d'une fistule pyo-stercorale 17 juillet. Incision des trajets, drainage, contre-ouverture lombaire. 1^{er} août. Laparotomie médiane. Cæcum et anses grêles englobés dans adhérences. Section de l'iléon à 12 centimètres du point adhérent; le bout inférieur est suturé en bourse. Sutureséro-séreuse. Anastomose termino-latérale du bout supérieur avec le côlon ascendant avec le bouton de Villard de gros calibre; bouton expulsé le douzième jour. La cachexie continue. La malade meurt le 29 août.

Observation XXXII (Résumée)

Delore et Patet (*idem*).

C. M., 20 ans. Entrée le 22 octobre 1900. Opérée en mai par Poncet pour accidents appendiculaires à allure chronique datant de six mois. Lésions tuberculeuses localisées à la partie inférieure de l'iléon, à l'appendice et à une partie de cæcum. Il reste une fistulette qui se tarit en juillet après un mois de séjour à la campagne. A la fin de juillet, accidents aigus, puis formation d'une fistule purulente d'abord, pyo-stercorale ensuite. 20 novembre 1900. Delore. Laparotomie médiane. Section du grêle en tissu sain, fermeture du bout inférieur par une suture en bourse et un surjet séro-séreux. Anastomose du bout supérieur avec l'S iliaque par le bouton de Jaboulay. Bouton rejeté le douzième jour. La fistule est tarie complètement au mois de février 1901. La malade n'a jamais eu de diarrhée, et les matières sont toujours restées dures.

b) EXCLUSION BILATÉRALE

Observation XXXIII

Peyrot, *Congrès français de chirurgie* (1901) p. 524

M. L... 33 ans est opéré d'appendicite le 26 octobre 1900. Il souffrait

depuis trois mois et présentait encore au moment de l'intervention une plaque d'induration notable. L'appendicite fut trouvé long, volumineux à sa pointe qui était placée profondément dans le petit bassin. Réunion presque complète de la plaie par suture. Drainage au centre. Au bout de quelques semaines, la cicatrisation est complète; mais, deux mois plus tard, un abcès se produit dans la cicatrice. Une fistule se forme qui ne se ferme plus, et donne passage à du pus simplement d'abord, puis à des matières intestinales. L'orifice s'agrandit, et tous les autres traitements restant impuissants, le diagnostic de tuberculose cæcale ayant paru devoir être porté définitivement, je me décide, sur le conseil du professeur Terrier à recourir à l'exclusion de la portion fistulisée de l'intestin.

Opération le 24 juin 1901 avec le concours de mon collègue et ami M. Souligoux. L'intestin grêle est sectionné après écrasement à 15 centimètres de son abouchement dans le cæcum. Une section semblable divise le côlon transverse à l'union de son tiers droit avec son tiers moyen. Même traitement des deux bouts. On est remonté jusqu'à ce niveau parce que le côlon ascendant a paru induré dans toute son étendue. L'extrémité centrale de l'intestin grêle, est unie par abouchement latéral à la portion périphérique du côlon transverse. L'opération a été rapidement conduite.

Le résultat n'a malheureusement pas été bon. L'opéré a présenté des accidents de péritonite subaiguë auxquels il a succombé le huitième jour. Comme on vient de le voir, l'exclusion avait porté sur la portion terminale de l'intestin grêle, et toute la partie droite du gros intestin jusqu'au voisinage de la partie moyenne du côlon transverse.

Observation XXXIV

Conrath *Beitrag zur Klein. Chirurg.* (1898)

Exclusion bilatérale du cæcum pour tuberculose calculeuse. Mort quelques heures après l'opération.

Observation XXXV (Résumée).

Helferich in *Thèse Wilhelm Ammer, Kiel* (1902)

Le malade entre le 1^{er} février 1900, avec de la tuberculose pulmonaire à la 2^e période, et des signes de tuberculose intestinale aiguë. Les symptômes s'améliorent d'abord par traitement médical, mais reprennent en mai. Le 2 mai, on ouvre un abcès stercoral dans la région

du cæcum. Il se forme une fistule stercorale qui ne se tarit pas, aussi, le 9 juin, on pratique une première opération.

Par une laparotomie médiane, entéro-anastomose du grêle près du cæcum et du côlon transverse par la suture, rétrécissement de la portion d'intestin grêle située au-dessous. L'état général est grave les jours suivants. Se remonte un peu à partir du 13 juin. Cette antéro-anastomose a peu d'effet, la plus grande partie des selles sort par la fistule; on essaye de la fermer par une compression élastique, aucun résultat. L'état pulmonaire du malade s'aggrave.

16 octobre, 2^e opération. Laparotomie. Recherche pénible de l'anastomose. On sectionne entre deux ligatures le grêle au-dessous d'elle, suture en bourse enfouie par des points séro-séreux. Il sort par la suite moins de matières fécales par la fistule, mais il en sort néanmoins. Les lésions pulmonaires s'aggravent et le malade meurt le 26 mars 1901. A l'autopsie, on trouve une pleurésie double avec des cavernes pulmonaires. Rien de particulier du côté de la plaie opératoire.

Helperich fait remarquer que ce cas prouve que les matières peuvent cheminer dans le gros intestin en sens inverse du péristaltisme; si l'état général du sujet l'avait permis, il aurait complété l'exclusion par la section du côlon au-dessus de l'anastomose.

Observation XXXVI

Wiesinger (*Munchener Med. Wochenschrift*, 1896, p. 969).

Femme, 16 ans; depuis 19 semaines, douleurs dans le flanc droit; on sent dans la région cœcale une masse douloureuse et résistante à la pression. Une ponction faite à ce niveau ramène du pus; on décide d'opérer la malade.

Laparotomie latérale. Une tumeur mobile et élastique, entourée de nombreuses adhérences, occupe la région du cæcum et de l'appendice; on l'incise, et consécutivement il se fait une fistule pyo-stercorale. Comme celle-ci n'a aucune tendance à la guérison, et étant donnée l'impossibilité de l'extirper, Wiesinger décide d'exclure la région malade.

Laparotomie après fermeture de la fistule par un tamponnement à la gaze. Une anse d'iléon adhère au cæcum; on sectionne l'intestin grêle 10 cm. plus haut que cette adhérence et on ferme la lumière cœcale. Section du côlon transverse en son milieu et fermeture de son ouverture proximale. L'iléo-colostomie axiale se fait sans difficulté. Guérison.

Actuellement, la fistule secrète seulement un peu de muco-pus. Elle se rétrécit lentement mais on peut prévoir sa fermeture. Dans la région cæcale, on n'a plus de résistance à la palpation. Les selles diarrhéiques qui persistent sont dues vraisemblablement à la tuberculose de l'intestin. L'état général est bon, et la malade a bien supporté un érysipèle de la face et une attaque d'influenza au cours de sa convalescence.

Observation XXXVII (Résumée)

Wiesinger *Deutsch Zeitsch. für chir. Leipzig* 1901, t. XLII p. 1

Jeune femme, 17 ans. Exclusion pour une tuberculose cæcale fistuleuse avec sécrétion abondante. A cause de l'étendue des adhérences, la résection est impossible. On sectionne l'iléon près du cæcum. On ferme le bout distal, le bout proximal est suturé au bout distal du côlon transverse; le bout proximal de ce dernier est fermé, on a donc une exclusion bilatérale avec une ouverture fistuleuse. La sécrétion de l'anse exclue diminue très vite. On pratique la suture de l'orifice fistuleux, un mois et demi après l'intervention. La malade, revue cinq ans après l'opération n présente qu'une sécrétion infime qui ne la gêne pas, et la tumeur cæcale a disparu, à peine la devine-t-on.

Observation XXXVIII (résumée).

Kundrat in Roskoschny, *D. Zeitschr. f. Chir. Leipzig* 1901.

J. B..., 24 ans, entré le 13 avril 1896; à l'âge de 20 ans, pérityphlite; on incise un abcès; à la suite il se forme deux fistules pyo-stercorales. Par l'anus vrai, les selles sont très irrégulières en quantité et qualité.

Opération le 1^{er} mars 1896. Fermeture des deux fistules, laparotomie latérale, nodules tuberculeux du péritoine. Tumeurs très adhérentes de l'iléon inférieur, caecum, colon ascendant: résection impossible. On libère et sectionne l'iléon et le colon transverse au tissu sain, on fait une anastomose latéro-latérale de ces deux anses préalablement fermées. Les deux bouts de l'anse exclue sont suturés à la paroi, le colon en haut, l'iléon en bas de l'incision, la partie moyenne est suturée par deux plans de suture. Pendant plusieurs jours, il y a de la fièvre, et du pus s'écoule par les fistules. A partir du 21 mars, après la chute, lavages de l'intestin exclu. Par la suite, le 24 et le 27 mai, il sort de

l'anse exclue des noyaux de pruneau. On continue les lavages à l'huile iodoformée. Le malade sort amélioré le 6 août. On n'a pas eu de nouvelles depuis.

Observation XXXIX (résumée).

Lavisé in *Ann. de la Soc. belge de Chir.* (1898).

Exclusion bilatérale pour tuberculose caecale avec fistules multiples. Anastomose iléo-transversaire au bouton de Murphy. Mort 2 mois et demi après (1897).

Observation XL (résumée).

Ewald in Roskoschny (*loc. cit.*).

Antonie H..., 41 ans, entrée le 22 février 1899. Présente des troubles digestifs depuis deux ans. En août 1898, elle présente des signes de pérityphlite pour laquelle elle est soignée médicalement. Elle entre ensuite à la clinique de Rydygier à Limberg, opérée le 26 novembre 1898, sort le 28 janvier 1899 avec une fistule d'où sort abondamment du pus. Nouveaux troubles intestinaux. On trouve actuellement dans la région iléo-cæcale une tumeur immobile, où aboutit le stylet après un trajet de 5 centimètres à travers la fistule.

25 février 1899, opération. Incision perpendiculaire à celle de l'appendicectomie. La tumeur est formée par l'iléon inférieur, le caecum, le colon ascendant, très adhérents entre eux et à la paroi : Résection impossible. L'iléon est coupé en tissu sain. Le bout central fermé d'après Doyen. De même, le colon transverse à son origine. Anastomose iléo-colique au bouton de Murphy. Suture du mésentère. Les deux bouts de l'anse exclue sont fixés à la paroi, le colon en haut, l'iléon en bas. Suture à deux étages, suites simples. Réunion par première intention. Le lavage de l'intestin est commencé le 17 mars. Le malade sort le 29 mai, avec des fistules donnant un peu de pus. La tumeur de même étendue est plus molle. Des lettres ultérieures indiquent une sécrétion purulente abondante des fistules, une cachexie progressive, et enfin la mort le 20 décembre 1899.

Observation XLI (résumée).

Cynesda in Roskoschny (loc. cit).

Franz B..., 14 ans, entre le 29 octobre 1899. Depuis un an, diarrhées, coliques. Depuis huit mois, tuméfaction de toute la région iléo-cæcale qui s'étend, gagne la cuisse, celle-ci se fléchit sur le bassin. Un médecin incise la peau, il sort du pus en grande quantité. Il se forme plusieurs fistules purulentes. Depuis trois semaines, les matières sortent. Il continue à avoir des selles par l'anus. Actuellement tumeurs étendues jusqu'à la ligne médiane et l'ombilic, très dure, immobile.

10 novembre 1899, opération. Laparotomie latérale, tumeur formée par l'éliploon roulé en corde et le cæcum; on coupe l'iléon opposé à la tumeur d'après Doyen. On pratique une anastomose au bouton de Murphy : elle ne tient pas. On tord alors l'iléon dans le sens du péristaltisme et on fait une latéro-latérale. Les bouts de l'anse exclue sont abouchés à la plaie, colon en haut, iléon en bas, on suture la paroi entre les deux. Collapsus profond à la suite de l'intervention. On considère le malade comme perdu. Il se remet. 14 novembre, selles abondantes. 23 novembre, premier lavage de l'anse exclue. 25 novembre, le lavage ramène des matières fécales en quantités énormes. Le malade engraisse rapidement, il est méconnaissable, la tumeur diminue de volume, devient mobile.

Observation XLII.

Cynesda in Roskoschny, (loc. cit).

Marie F..., 34 ans, entrée le 9 juin 1900. Depuis 6 mois, troubles intestinaux, tumeur dans la région iléo-cæcale qui augmente; tuberculose pulmonaire. Le 23 juin 1900, opération (Von Friedlaender), laparotomie latérale, on trouve une tumeur adhérente et un abcès rétropéritonéal qui est ouvert. Il contient du pus fécaloïde, on le draine. La vésicule biliaire est incisée; elle contient 34 calculs, on la draine. La malade sort le 3 août. La fistule biliaire est fermée, il reste une fistule pyo-stercorale. Elle revient le 14 novembre; 18 novembre, laparotomie dans l'ancienne cicatrice. L'iléon inférieur est malade sur une longueur de 1 m. 20 à partir du cæcum, il présente des sténoses multiples, rétrécissant la lumière intestinale de moitié. Le cæcum et le colon as-

endant sont également malades. On sectionne l'iléon à deux centimètres du cæcum, on ferme le bout central, le colon transverse est coupé en son milieu, le bout périphérique, après fermeture selon Doyen est anastomosé latéralement au colon. Les deux bouts de l'intestin exclu qui est long de 2 mètres sont suturés à la plaie, colon en haut, iléon en bas. Suites simples, les lavages sont commencés le 18.

La malade sort améliorée le 18 février 1901. L'auteur fait remarquer que les sténoses du grêle n'existant pas lors de la première intervention se sont développées en cinq mois.

Observation XLIII

Von Fridlaender *in* Roskoschny (loc. cit.).

Franz K..., 21 ans, reçu le 15 mai 1900. Malade depuis 1897, soigné à l'hôpital, à la clinique Schrætter, au Wilheninenspital; à son entrée région iléo-cæcale douloureuse, empâtée; tuberculose pulmonaire. Transféré à la clinique Nothnagel, comme l'état s'empire, il revient à la clinique Albert.

30 août, ouverture d'un abcès péri-cæcal, formation d'une fistule pyo-stercorale.

14 octobre, laparotomie, tumeur inextirpable du cæcum, infiltration tuberculeuse du côlon ascendant. Section des côlon transverse et de l'iléon. Les bouts du côté sain sont fermés d'après Doyen, puis anastomosés latéralement. Les bouts de l'anse exclu sont suturés dans la plaie, côlon en haut, iléon en bas. Le 23, les lavages sont commencés. Le malade passe en six semaines de 43 à 50 kilogrammes. Le malade sort le 6 février 1901, 53 kilogrammes.

Observation XLIV

Ricard, *in* Thèse de Lance (p. 155).

Tuberculose cæcale fistuleuse.

Exclusion bilatérale partielle, puis exclusion bilatérale totale

M. P..., 44 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Lui-même n'a jamais eu aucune affection. Il y a 18 ans, il entre comme chef dans un bureau où son prédécesseur avait vécu phthisique pendant de longues années. Deux ans après, en novembre 1887,

pleurésie droite qui se prolonge près de 3 mois. Pendant trois ans, il a par moments des douleurs de côté. En 1891, il a une sciatique double qui le tient pendant un mois au lit. Depuis, il lui reste une difficulté à lever les jambes.

Dès cette époque, il y a neuf ans, quand il se couche à plat sur le dos, il souffre dans la fosse iliaque droite, cette douleur disparaît s'il se met sur le côté droit.

A partir de 1895, il présente de la constipation qu'il combat par des purgatifs variés jusqu'en 1900.

En février 1900, il est pris d'une crise douloureuse qui le tient deux jours au lit. C'est une crise de douleurs terribles qui débutent sous le foie, traversant le ventre et viennent finir dans le flanc gauche par un gazouillement. Cette crise dure cinq heures environ; à la fin de la crise, il est couvert de sueurs et tellement abattu qu'il ne reconnaît plus personne.

Cette crise se reproduit quatre fois en 1900, quinze en 1901. Elles s'aggravent, s'accompagnent de fièvre et de vomissements.

En 1902, ces crises reviennent tous les quinze jours, puis tous les huit jours. Malgré cela, le malade va tous les jours à la selle, avec deux ou trois lavements glycérinés, il est vrai. Au mois de juillet 1902 seulement, il est pris d'une diarrhée avec 20 ou 25 selles pendant 15 jours. Son état général est très mauvais; de 108 kilogrammes en 1892, il tombe à 90 kilogrammes. Après chaque crise, il maigrit. En dehors des crises, il a bon appétit, mange et digère bien. Son médecin le mène en consultation en juillet 1902 chez le professeur Hayem qui pense à une tumeur de l'intestin. M. Ricard le voit. Il entre le 26 juillet dans une maison de santé.

28 juillet, première intervention. Incision de la fosse iliaque droite. On tombe sur des adhérences multiples, on explore d'abord la face externe du cæcum sans rien trouver, puis se portant en dedans, on suit le grêle sain vers le cæcum; avant d'arriver à lui on voit sur le cæcum des petites nodosités blanches, denses, de la grosseur d'un grain de blé qui y sont appendues; on en enlève une pour l'examen histologique. L'extirpation semble impossible, on draine et en referme. Le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures. Le septième jour, ablation des fils, réunion complète sauf au niveau du drain. Le lende-

main, fièvre. Le 7 août, formation d'une fistule non stercorale par l'orifice du drain; sous la paroi, il se forme un phlegmon stercoral qui est incisé le 11 août. L'examen histologique a montré que le nodule enlevé était tuberculeux. Le malade engraisse considérablement, de 1.200 grammes par semaine. Toutes les matières passent par la fistule.

18 novembre, deuxième intervention. Laparotomie médiane avec débridement à droite, on a beaucoup de peine à s'orienter au milieu des adhérences. On finit par amener la deuxième anse grêle saine qui se dirige vers la tumeur; on l'anastomose latéralement avec la partie moyenne du côlon transverse. Pour terminer l'opération plus vite, et pensant que l'exclusion partielle valvulaire suffirait à empêcher les matières de s'écouler vers le cæcum, on passe un catgut n° 4 à travers le mésentère, on lie à fond l'iléon au-dessous de l'anastomose et on enfouit ce lien par un surjet séro-séreux au catgut fin. On pratique de même pour le côlon transverse.

Les suites sont très simples. Réunion *per primam*. Les matières passent en entier par l'anus.

Mais, le seizième jour après, un peu de matières fécales passent par la fistule; deux jours après, toutes les matières s'y font jour. Néanmoins, le malade conserve de temps en temps une selle moulée par l'anus, ce qui semble prouver que l'entéro-anastomose fonctionne.

Le malade maigrit; il se forme un abcès sous la paroi au niveau de la fistule. Il réclame une nouvelle intervention.

15 janvier 1903. Troisième intervention, La fistule est nettoyée et bouchée à la gaze. Laparotomie dans l'ancienne incision. Un abcès sous le débridement droit est curetté et lavé à la teinture d'iode. A cause des adhérences multiples, on a un mal considérable à s'orienter; on finit par trouver péniblement l'anastomose, au-dessous d'elle, les deux points ligaturés sont à peine rétrécis, ils semblent surtout rétrécir parce que la portion d'intestin qui les sépare de l'anastomose est très dilatée. On sectionne l'iléon au point rétréci. On explore avec une pince l'entéro-anastomose; elle a une diamètre suffisant on forme les deux bouts avec un plan total et un plan séro-séreux; on pratique de même pour le côlon; mais là, on a une grande difficulté, le côlon étant collé à la paroi postérieure. On le sectionne dans

le fond d'une cavité, et bien que l'on s'en défie, on pratique une section courbe qui, dans la profondeur se dirige à gauche, presque parallèlement à la cavité. Il en résulte une très longue et difficile suture. L'intervention a duré près de deux heures. Suites simples.

Dès le lendemain, il sort des gaz par l'anus. La fistule ne sécrète plus que du pus. Le malade croit le 19 janvier entendre sortir du gaz par la fistule; le 27 janvier, selles abondantes par l'anus.

L'état général s'améliore rapidement.

Le malade s'en va dans le midi. Il y fait une phlébite passagère et rentre à la fin d'avril. En trois mois, il a augmenté de 18 kilogrammes. La tumeur est en voie de régression, et la fistule ne donne plus que quelques centimètres cubes de sérosité, qui nécessite un petit pansement tous les jours.

Observation XLV

Berger. *Congrès français de Chirurgie* 1903, p. 71

Exclusion complète bilatérale en deux temps de la partie terminale de l'iléon et du cæcum pour une fistule pyostercorale consécutive à une tuberculisation intestinale.

Mlle L..., était âgée de 25 ans environ lorsque je fus appelé à lui donner mes soins. Son père était mort de tuberculisation pulmonaire; elle-même n'avait jamais été atteinte d'accidents pouvant se rattacher à cette cause jusqu'en 1897. Voici sur les débuts de l'affection, les renseignements qui m'ont été donnés.

Au mois de décembre 1897, une grippe très bénigne en apparence s'est déclarée, et a bientôt dégénéré en bronchite d'une durée de plusieurs mois. Vers la fin de janvier 1898, des vomissements se produisent très violents et accompagnés de fortes douleurs abdominales; les selles sont complètement décolorées; les vomissements se répètent jusqu'à 14 et 15 fois en l'espace de cinq heures. Les crises se renouvellent jusqu'en juillet. A la suite d'un séjour de deux mois au bord de la mer, la maladie semble complètement enrayée. Jusqu'au mois d'octobre 1899, aucune indisposition. A partir de cette époque, les crises se renouvellent tous les mois jusqu'en janvier 1901; puis, elles se succèdent avec rapidité, deux ou trois fois par semaine; vomissements, les douleurs abdominales sont presque continuelles, la cons-

tipation est opiniâtre; vers le mois de mars, les vomissements cessent, mais les douleurs se localisent au côté droit et durent jusqu'à l'opération de l'appendicite, qui a lieu le 12 juin 1901.

Je vis la malade avec mon collègue, le professeur Hayem, au commencement de juin 1901 elle était fort amaigrie, se nourrissait à peine, mais elle n'avait plus ni crises douloureuses marquées ni vomissements depuis plus de deux mois. Il existait une constipation des plus opiniâtres. Le ventre était modérément ballonné, peu douloureux, sauf du côté droit.

Dans la fosse iliaque droite, on trouvait une tumeur dure, régulière, grosse comme un œuf, presque complètement fixe, occupant la région appendiculaire; cette tumeur, assez nettement circonscrite, était sensible à la pression; elle était le point de départ de sensations douloureuses presque continuelles qu'éprouvait la malade. Il n'y avait pas de fièvre; l'examen des poumons et des autres organes ne fit reconnaître aucune lésion.

Le diagnostic était incertain entre une appendicite chronique simple ou une appendicite tuberculeuse; en présence des phénomènes locaux existants et de l'affaiblissement de la malade, une intervention chirurgicale était nécessaire.

1^{re} opération, le 12 juin 1901. L'incision faite sur la tumeur conduisit sur une masse constituée par des adhérences de l'épiploon et de l'intestin grêle au cæcum. Celui-ci fut dégagé avec toutes sortes de précautions. Au milieu d'adhérences très intimes, on parvint à enlever l'appendice qui était épaissi et partout adhérent au cæcum et à la terminaison du grêle; l'opération fut des plus laborieuses, et dans la libération des adhérences, on dut craindre à chaque instant d'intéresser la cavité du cæcum et de l'intestin grêle.

Nulle part, sur l'intestion ou l'épiploon, non plus que sur l'appendice qui fut enlevé, on ne trouva de tubercules en évolution; on n'ouvrit aucun foyer caséux ou suppuré.

La cavité péritonéale, d'ailleurs, protégée par les adhérences ne fut pas ouverte, et on ne put juger de l'état de l'intestin et du péritoine libres; les lésions reconnues au cours de l'opération firent considérer l'affection comme constituée par une appendicite chronique simple, avec un développement d'adhérences fibreuses considérable

autour de l'appendice. On pratiqua un drainage très large du foyer opératoire.

Au premier renouvellement du pansement, on reconnut qu'il existait un suintement d'apparence et d'odeur intestinales; cet écoulement, d'ailleurs peu abondant continua pendant une dizaine de jours, puis se tarit, et la plaie parut marcher vers la cicatrisation.

Au commencement du mois de juillet, un abcès se fit jour à la partie inférieure de la cicatrice; dès le lendemain, un écoulement notable de matières intestinales liquides, paraissant provenir de l'intestin grêle, se manifesta.

Cet écoulement, dès lors, ne cessa de se faire, plus ou moins mélangé à la suppuration; les garde-robes, qui s'étaient rétablies, cessèrent de se faire, et c'est à peine si les lavements ramenaient quelques matières dures contenues dans le rectum. Par la plaie de la région iliaque, sortaient constamment des matières intestinales liquides, mélangées à une certaine quantité de pus; parfois, il s'y mêlait des matières solides, qui paraissaient provenir d'un autre orifice intestinal que les matières liquides.

Au mois d'août 1901, l'orifice s'était considérablement rétréci, quoique le cours naturel des matières ne se fut pas rétabli, et que leur évacuation se fit exclusivement par l'incision iliaque; mais celle-ci était rendue difficile par la rétraction cicatricielle de la plaie; et la suppuration, loin de diminuer s'était considérablement accrue. Une incision large fut pratiquée sur la fistule pyo-stercorale; elle ouvrit une cavité suppurante spacieuse qui donnait accès en haut et en dehors dans la cavité du cæcum, largement ouvert, et qui renfermait des matières solides; en bas et en dedans, par un orifice étroit, cette cavité communiquait avec l'intestin grêle d'où provenaient les matières liquides.

Dans les temps qui suivirent, on s'appliqua à maintenir largement béante l'ouverture extérieure, et à combattre la suppuration par des injections et le tamponnement de la cavité pyo-stercorale; grâce à des soins minutieux, la suppuration diminua graduellement, les érythèmes et les excoriations de la peau autour de l'orifice de la fistule se guérèrent; l'écoulement des matières persista avec les mêmes caractères. Cependant, l'état général laissait de plus en plus à désirer;

les forces allaient en diminuant, l'alimentation devenait de plus en plus difficile; enfin, le ventre se ballonnait, devenait douloureux dans son ensemble, et du côté gauche, revenaient des crises douloureuses analogues à celles qui, du côté droit avaient marqué le début de l'affection. Comme celles-ci, elles s'accompagnaient de vomissements; les crises se répétèrent jusqu'en automne. Malgré ces phénomènes, qui pouvaient faire craindre l'invasion d'une tuberculose péritonéale, l'état de la poitrine restait satisfaisant. La malade fut renvoyée chez elle. Un nouveau débridement avait été fait en décembre pour remédier aux accidents d'obstruction auxquels donnait lieu le rétrécissement constant de l'orifice fistuleux.

Je vis Mlle L... au mois de mai 1902. Elle avait repris des forces et quelque embonpoint, le séjour à la campagne avait facilité l'alimentation et le sommeil; l'abdomen était souple et n'était plus douloureux; l'état local était toujours le même. Dans la fosse iliaque, au centre d'une induration considérable l'occupant toute entière, existait un orifice intestinal, entouré d'un érythème peu étendu; cet orifice, en forme de fenêtre, à bords cicatriciels très durs et très épais, conduisait dans une cavité spacieuse donnant accès en haut et en dehors dans le cæcum; c'est par cette partie de l'orifice que revenaient directement les irrigations pratiquées dans le rectum; en dedans, un autre trajet se dirigeait directement vers la ligne médiane, donnant accès dans la partie terminale du grêle; le tamponnement de ce canal qui pouvait admettre le petit doigt, arrêtait l'écoulement des matières intestinales liquides par la plaie.

La malade étant revenue à Paris, une large incision exploratrice pratiquée le 2 juillet 1902, intéressant à la fois la fistule et le cæcum, et ouvrant même la cavité péritonéale libre permit de reconnaître 1° que c'était bien la partie terminale du grêle qui s'abouchait dans la partie inférieure de la cavité pyo-stercorale par un orifice indépendant de cæcum; 2° qu'à sa partie supérieure et la plus profonde existait une large ouverture communiquant avec le cæcum; 3° que les adhérences existant entre le grêle, le cæcum, la masse, suppurée et la paroi rendaient toute tentative d'extirpation de la masse intestinale adhérente complètement impossible. Je proposai, dès lors, de faire d'abord une entéro-anastomose entre le grêle et le transverse pour

rétablir le cours des matières; puis, de compléter le résultat par une exclusion intestinale si le résultat de la première opération permettait d'espérer un résultat favorable. Le péritoine est fermé par suture, et les jours suivants, on combat la suppuration par des lavages pour obtenir l'asepsie de la région.

Le 24 juillet 1902 : opération d'entéro-anastomose, faite avec mon collègue et ami M. Rochard. Sur plan incliné, incision sous-ombilicale médiane, dont la lèvre droite, est fixée par des pinces de Kocher à un mackintosh recouvrant complètement l'anus contre nature, préalablement bourré avec de la gaze stérilisée et empêchant toute communication.

On découvre le grêle, couvert de granulations tuberculeuses, formant par places des amas considérables; la partie terminale de l'iléon est particulièrement farcie et présente sur 30 centimètres une coarctation générale et deux rétrécissements plus accentués. A 50 centimètres de la valvule, une anse saine est choisie et fixée par une entéro-anastomose latérale avec le colon transverse, un peu plus près de la moitié droite que de la moitié gauche de cette dernière. Drainage, suture de la paroi. Les jours suivants furent pénibles; pendant deux jours, il y eut des vomissements fréquents et des douleurs vives dans le ventre. On combattit par du sérum la faiblesse et la petitesse du pouls. Vers le cinquième jour, gaz, puis évacuation spontanée par l'anus; amélioration immédiate et rapide. A partir de ce moment, sans que l'anus contre nature cesse de donner issue à des matières intestinales, en purée sortant presque exclusivement par l'ouverture du grêle, l'état général se modifie, l'appétit revient, ainsi que l'embonpoint et les forces; les suppositoires amènent une ou même plusieurs fois par jour des évacuations naturelles, pâteuses, formées de matières identiques à celles qui sortent de l'anus contre nature. Les crises douloureuses sont devenues très rares, et la malade passe parfois des semaines sans s'en plaindre.

Elle va se refaire à la campagne et revient rue Bizet à la fin novembre 1902, dans un très bon état de forces et de santé générale, mais voulant être débarrassée de son infirmité.

Le 2 décembre : opération d'exclusion avec l'assistance de M. Rochard. Mêmes précautions que pour l'opération précédente, ouverture du ventre par excision de la cicatrice de laparatomie qui présente plusieurs

points de suppuration. Adhérence totale de l'épiploon à la paroi qui ne peut être libérée que par une dissection minutieuse, et en laissant un peu de la séreuse pariétale adhérer à la surface de l'anse.

Il faut d'abord réséquer en trois pédicules la presque totalité de l'épiploon profondément modifié. On reconnaît sans trop de peine le siège de l'entéro-anastomose au niveau de laquelle le grêle et le colon se confondent sur 10 centimètres. Le grêle, au-dessous de ce point paraît se bifurquer; mais en réalité, cette apparence est due à ce qu'une adhérence très intime, très épaisse, formée par un cordon cylindrique, fixe solidement la partie latérale de cette anse au méso-colon.

Cette bride est sectionnée, non sans peine, entre deux pinces, et l'anse, tout en restant distendue, rouge, dépolie à sa surface reprend sa disposition cylindrique normale. Au-dessus de ce point, le grêle présente des lésions de tuberculose qui semblent moins saillantes et en voie de transformation fibreuse. Perdu au milieu de ce qui reste d'adhérences épiploïques, le gros intestin est difficile à trouver, plus difficile encore à isoler; le colon transverse, près de l'angle droit est coudé par une adhérence intime, constituée par un cordon de quelques centimètres de long et d'un demi centimètre de large, reliant directement cet intestin à la paroi; cette adhérence est constituée par la paroi du colon elle-même; ce n'est qu'avec les plus grandes précautions qu'on la libère. Le transverse, à droite (au-dessus) de la partie sur laquelle porte l'anastomose saisi par deux clamps et écrasé dans toute sa longueur par deux coups parallèles d'angiotribe. On porte sur la partie écrasée, réduite à une lamelle mince deux ligatures entre lesquelles on coupe le colon. Chacun des bouts est enfoui, non sans beaucoup de peine, sous un double étage de sutures de Lambert, à la soie. Même opération, mais plus facile sur le grêle, à moitié distance, environ de la partie anastomosée et de son abouchement au cæcum; mais les ligatures en masse de la partie écrasée, trop rapprochées, glissent et se détachent. Il faut fermer les deux bouts par un surjet hénostatique terminal, puis les enfouir sous une double rangée de sutures de Lambert. Drainage, suture laborieuse de la paroi. La fistule est recouverte les jours suivants d'un pansement à l'adhésol, distinct du pansement stérilisé sur la région opérée. L'opération a duré deux

heures et demie et a été des plus pénibles, à cause de la difficulté apportée par les adhérences intestinales et épiploïques.

Peu de vomissements et de malaises, presque pas de shock opératoire; la malade reçoit 500 gr. de sérum le premier jour ainsi que un gr. de morphine, et autant le lendemain, Le surlendemain, des gaz abondants sont évacués par la canule rectale; le troisième jour, ils sont rendus spontanément, et dès le jour suivant, des selles normales plutôt un peu diarrhéiques se produisent et se répètent deux ou trois fois par jour.

Le pansement est renouvelé au bout de trois jours, et le tube est enlevé; l'anus contre nature ne donne qu'un peu de liquide muco-purulent, sans matières ni gaz, la plaie abdominale est en bon état. L'alimentation lactée est commencée trois jours après l'opération, elle cause quelques coliques quand la quantité de lait digéré dépasse une demi-tasse. L'état général de la malade est aussi bon que possible, elle dort sans morphine, elle est gaie et se trouve mieux qu'avant l'opération. L'alimentation est reprise, l'ambonpoint revient. Les digestions s'accompagnent néanmoins de coliques et de distentions gazeuses, mais le ventre restait souple, indolore à la pression. Au bout de quelques semaines, Mlle L... put quitter Paris.

Revue en avril son état était aussi bon que possible, quoiqu'elle eût quelques crises de coliques de temps à autre. A la place de la fistule il y avait un orifice rempli de bourgeons charnus, sans irritation de la peau environnante. Cet orifice donnait accès à une certaine quantité de mucus assez épais et persistant, d'odeur assez prononcée: quotidiennement, on pratique dans cet orifice des lavages qui sont destinés à le maintenir en bon état de propreté. Les matières rendues par l'anus avaient toujours une consistance demi-liquide; les évacuations se faisaient régulièrement, mais de temps à autre il était nécessaire de recourir à une purgation. L'ambonpoint, les forces, l'aspect général de la malade ne laissent rien à désirer.

Cet état favorable ne s'est malheureusement pas maintenu; depuis lors, vers le mois de juin, les douleurs abdominales ont augmenté d'intensité et de fréquence, l'appétit a décliné.

II. — Les colectomies

I

Nous avons exposé dans la première partie de ce chapitre les avantages et les inconvénients de l'exclusion. Nous avons montré que le principal de ces derniers, et cela, dans le cas de fistules tuberculeuses, était de laisser dans la cavité abdominale un segment intestinal malade, susceptible de provoquer la récurrence de la fistule ou des accidents plus graves, tels que l'extension à d'autres organes abdominaux, en particulier au péritoine, du processus tuberculeux.

Une méthode opératoire paraît alors s'imposer comme devant donner des résultats plus complets et plus sûrs : la résection de l'organe malade. C'est là le résultat que l'on se propose d'obtenir en pratiquant une colectomie. Mais certaines objections, ou certains points de discussion se présentent dès lors à l'esprit. La colectomie est-elle toujours possible ? Quand elle est possible, quelle longueur de gros intestin est-il nécessaire ou suffisant de réséquer, en combien de temps doit se faire l'opération, enfin, quels résultats, proches ou éloignés, est-elle susceptible de donner ? Nous allons examiner brièvement ces divers points, en envisageant cette question des colectomies strictement au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue du traitement des fistules pyo-stercorales tuberculeuses de la fosse iliaque droite, les seules qui puissent, sauf de très rares exceptions, légitimer d'aussi importantes interventions.

Ils nous paraît nécessaire, auparavant, d'exposer aussi succinctement que possible, les principaux temps de l'opération ; pour fixer les idées, et aussi parce que cette méthode nous paraît être la méthode de choix dans le traitement des

fistules pyo-stercorales tuberculeuses de la fosse iliaque droite, nous envisagerons spécialement l'hémi-colectomie droite, dans laquelle le chirurgien pratique la résection du côlon, depuis le cæcum inclusivement (y compris d'ailleurs, on verra plus loin pourquoi, une partie de l'iléon terminal) jusqu'à la partie moyenne du côlon transverse.

Voici les principaux temps de l'intervention :

1^{er} temps. *Incision de la peau.* On peut employer l'incision de Jalaguier, ou bien inciser sur la ligne blanche. En général, les fistules pyostercorales ayant nécessité déjà des opérations antérieures, on incisera sur la cicatrice, et on agrandira l'ouverture ainsi pratiquée.

2^e temps. *Libération et extériorisation du segment iléo-caecal, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse.* Ce temps est important, et de sa possibilité dépend celle de l'opération toute entière. En ce qui concerne la moitié droite du transverse, son abaissement sera facilité par le décollement colo-épiploïque (Lardennois et Okynczic¹), quant aux adhérences naturelles du côlon ascendant et de la paroi, elles seront facilement libérées par le décollement pariétal (Pierre Duval, 1902).

3^e temps. *Section de l'anse intestinale à ses deux extrémités et hémostase.* La section est faite sur l'iléon terminal à une distance de la valvule que nous préciserons plus loin, soit après écrasement, si on veut employer l'anastomose latéro-latérale, soit entre deux clamps ou deux pinces de Kocher si on veut pratiquer une autre anastomose. On pratique une autre section dans les mêmes conditions au niveau de la partie moyenne du côlon transverse, ou au niveau de l'union de son tiers droit avec son tiers moyen. On fait ensuite la ligature des vaisseaux coliques, et on sectionne le mésentère en coin à sommet situé plus ou moins près du rachis.

1. Lardennois et Okynczic. La libération et la conservation du grand épiploon dans les colectomies totales et subtotaies. *Bull. et Mém. de la Soc. anal. de Paris* 1913, LXXXVIII, p. 429-434.

Il y a intérêt à aller le plus loin possible, à cause de la présence dans le mésentère de ganglions tuberculeux.

4^e temps. *Anastomose*. Nous ne discuterons pas longtemps sur les indications de l'anastomose à employer. La termino-terminale, à cause de la différence de calibre des deux intestins est impraticable entre l'iléon et le transverse. La latéro-latérale est rejetée par certains auteurs. (P. Duval, Delbet) comme susceptible de provoquer ainsi que l'ont montré Frouin et Pozerski¹ des accidents d'occlusion dus à l'allongement des culs-de-sacs. La termino-latérale, peut être un peu plus délicate que la précédente, mais plus rapide, paraît être l'anastomose de choix entre l'iléon et le transverse. En ce qui concerne les anastomoses au bouton, il semble qu'elles doivent être rejetées pour le gros intestin, si on en croit les faits d'occlusion signalés par Routier en 1906² et par Czer-ny (d'Heidelberg) à peu près à la même époque.

En tout cas, quel que soit le procédé employé, il faudra se rappeler le conseil d'Okinczic « Le gros intestin ne souffre pas la médiocrité en matière d'anastomose.

4^e temps. *Fermeture de la paroi*.

Tels sont, brièvement exposés les principaux temps de la colectomie droite. Les méthodes du décollement colo-épi-ploïque et du décollement pariétal imaginés et préconisés par Lardennois et Okynczic et par Pierre Duval ont rendu cette opération relativement facile. Mais, il faut remarquer, que si on tombe après ouverture de la paroi sur une masse compacte d'adhérences, dépassant de beaucoup le caecum et pouvant s'étendre jusqu'au côlon ascendant, et même au colon transverse — ce qui n'est guère rare dans les cas de fistules tuberculeuses — ces deux manœuvres peuvent se trouver rendues singulièrement difficiles, quand elles ne seront pas impossibles ou dangereuses. M. Pierre Duval³ lui-même, à propos des colectomies totales,

1. Frouin et Pozenki, *Soc. de Biologie*, 25 mars 1905.

2. Routier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1905.

3. Pierre Duval, à propos d'une communication de V. Pauchet sur les colectomies totales, *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 27 mai 1914.

émet l'opinion suivante qui peut trouver ici son application : « ... cette opération (la colectomie totale) ne peut être facile que sur des viscères sains, et non s'il existe de la péricolite : le décollement épiploïque nécessite l'intégrité des feuillets péritonéaux. » Au cas, par conséquent, où des adhérences empêcheraient de faire la libération de la portion du côlon dont on veut faire l'exérèse, il faudrait renoncer à la colectomie et se contenter de l'exclusion bilatérale. D'ailleurs, il pourra arriver que, sous l'influence du repos fonctionnel accordé de la sorte à l'anus malade exclus, les lésions de cette dernière diminuent et rendent possible ultérieurement une opération primitivement impossible ou dangereuse.

Nous citons plus loin (Voyez obs. LII) une observation concernant un cas de fistules pyostercorales de nature vraisemblablement tuberculeuse (la nature des lésions n'est pas spécifiée, mais il y a lieu de penser qu'elles étaient tuberculeuses, car elles duraient depuis trois ans) où l'auteur, M. Salva Mercadé, a cru devoir employer la colectomie totale avec iléo-sigmoïdostomie. La principale raison qu'il donne de cette longue exérèse est l'atrésie du transverse, laquelle n'aurait pas permis le passage du contenu intestinal et aurait empêché de faire une anastomose correcte. Cette opinion a été combattue avec raison par M. Okynczic¹ qui pense que cette atrésie n'est pas complète et que l'insufflation de l'intestin réséqué aurait permis de constater l'existence d'une lumière perméable. Il pense même que « le calibre et les fonctions de ces intestins ainsi réséqués se rétablissent assez vite et qu'une insufflation rectale au cours de l'opération eût suffi pour rendre possible une anastomose de l'iléon avec le côlon ascendant ou le côlon transverse. » Nous connaissons un cas de R. Dupont² dans lequel une plaie du cæcum ayant produit une fistule persistante, celle-ci avait entraîné, par suite du non-fonctionnement de l'intestin situé en aval de la fistule une atrésie telle du côlon transverse que sa lumière

1. Okynczic : *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 8 février 1921.

2. R. Dupont : *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1919 p. 799-802.

avait à peine le calibre du petit doigt : l'anastomose put cependant être pratiquée avec succès.

Autre point. M. Pierre Duval, partisan convaincu de l'anastomose termino-terminale, dit à propos des cancers coliques droits dont le traitement par la colectomie n'est pas différent de celui d'une tuberculose fistuleuse iléo-cæcale : « Pour me résumer, je crois... qu'il y a avantage à poursuivre la résection colique jusque sur le côlon gauche, uniquement pour pouvoir faire une très bonne et facile iléo-colostomie termino-terminale. La suppression de l'anastomose termino-latérale, en raison des méfaits qu'elle entraîne souvent, légitime l'extension de la colectomie ¹. » Les méfaits auxquels fait allusion M. Pierre Duval, qui consisteraient surtout en une dilatation parfois considérable du bout colique sont vraiment peu fréquents, et peuvent être évités en ayant soin de laisser à ce bout colique laissé en amont de l'anastomose la plus petite longueur possible. Il est permis de se demander si ces accidents, rares et évitables ne sont pas moins à redouter que ceux que peut provoquer une anastomose termino-terminale, toujours très délicate à exécuter, et partant, peu sûre et susceptible, de ce fait, d'entraîner la production de phénomènes redoutables d'infection péritoniale. La comparaison paraît faire pencher la balance en faveur de l'anastomose termino-latérale ; en ce cas, la nécessité d'une colectomie étendue n'apparaît plus.

Les arguments que l'on fait valoir en faveur des résections larges ne nous paraissent pas péremptoirs. D'autre part, il est incontestable que, de même que pour l'exclusion, la suppression fonctionnelle d'une grande portion du gros intestin n'est pas sans inconvénients. Elle entraîne le plus souvent une diarrhée abondante, contrairement au cas observé par M. Mercadé qui nous paraît exceptionnel. Okyenczic ² dit avoir vu des malades ayant au début 40 à 50 selles par jour. Certes, un tel état de choses ne dure pas, et il finit par se faire une adapta-

1. Pierre Duval, *Bull. et Mém. de la Soc de Chir. de Paris*, 29 oct. 1919, p. 1365

2. Okyenczic, *Chirurgie du gros intestin, Presse Médicale*, p. 632.

tion de l'organisme : c'est la portion du grêle située au voisinage de l'anastomose qui remplace fonctionnellement le colon désormais absent, la portion du colon situé au-dessous de l'anastomose étant insuffisante pour le faire. Elle se dilate considérablement et finit par devenir une véritable ampoule où stagnent matières et gaz, en attendant leur évacuation au dehors, et où ils sont soumis à des mouvements de broyage énergiques. Ceux-ci sont la source chez les opérés de coliques très douloureuses; on a pu les éviter au début en plaçant, à la manière d'Arbunoth Lane un tube allant de l'anus jusqu'à l'anastomose : ce n'est là qu'un palliatif qui ne peut être que temporaire et ne peut parer aux accidents dus à cette adaptation qui demande parfois plusieurs années pour se faire complètement.

Ajoutons enfin, comme dernier argument, qu'une opération aussi importante que la colectomie totale, ne va pas sans shocker sérieusement les opérés.

En somme, rien ne justifie les colectomies larges, qui présentent, par contre, des inconvénients sérieux. Ainsi, nous pensons qu'on doit s'associer sans réserve à l'opinion d'Alglave qui, rappelant ses expériences de 1907 dit : « En toutes circonstances, le chirurgien doit s'efforcer de conserver dans la plus grande étendue possible, l'intestin de son opéré ». ¹

Si on doit laisser au malade le plus d'intestin possible, on ne doit pas oublier que dans les fistules tuberculeuses de la fosse iliaque droite, les lésions qui en sont la cause sont parfois fort étendues. C'est ici le lieu de rappeler les données établies par Alglave sur la localisation de ces dernières, et que nous avons rapportées au Chapitre I. En général, d'après lui, les lésions se rencontrent exceptionnellement à plus de 20 centimètres en amont de la valvule et descendent rarement à plus de 20 centimètres en aval. Mais, il faut tenir compte de l'extension du processus tuberculeux aux ganglions mésentériques; et si la section en amont doit porter au moins, sur l'iléon, à 25 cen-

3. Alglave, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 11 mai 1921.

timètres de la valvule, il est prudent de faire porter la section en aval jusque sur le transverse. Ainsi se trouve pleinement justifiée dans la majorité des cas, en tenant compte des autres considérations exposées plus haut l'hémi-colectomie droite, précédée d'iléo-transversostomie.

En combien de temps doit se faire l'opération? Voici ce que dit Goullioud¹ : « Il faut préférer l'opération en deux temps..., chez les malades porteurs de fistules pyo-stercorales. Le bénéfice de ces interventions ne peut être que très grand, car une telle manière de faire évitera les dangers de shock opératoire à redouter chez ces malades affaiblis. L'anastomose iléo-colique permettra aux malades de reprendre des forces, et de la vigueur en s'alimentant convenablement. D'ailleurs, il est bien établi aujourd'hui que la simple anastomose fait diminuer les lésions, tarir ou réduire la sécrétion des fistules. Quand on interviendra quatre ou cinq semaines plus tard pour faire l'entérectomie, le champ opératoire sera devenu moins septique, et les signes d'infection seront moindres ».

Nous pensons néanmoins que chez les malades en assez bon état, l'intervention en un temps, comme l'a pratiquée M. le professeur Bégouin est justifiée, car elle leur épargne les risques d'une seconde intervention.

Les résultats que nous publions ici ne permettent pas de formuler une opinion nette sur la valeur curative des colectomies dans le traitement des fistules pyo-stercorales tuberculeuses de la fosse iliaque droite. On peut cependant affirmer (voyez en particulier obs. XLIX) qu'une exérèse suffisante des lésions tuberculeuses amènera une guérison définitive de la fistule. Les colectomies constituent par là une méthode infiniment supérieure à l'exclusion qui ne doit être considérée que comme un pis-aller et qu'on n'emploiera que lorsque la première sera jugée inapplicable.

1. Goullioud, in *Thèse de Perrève*, Lyon 1919-1920.

OBSERVATIONS

Observation XLVI (résumée).

Bergmann *Saint-Pétersbourg Méd. Woch.* 1899.

Exclusion bilatérale d'un anse iléale, du cæcum et du colon ascendant pour fistules pyostercorales, suite d'appendicite. Extirpation deux mois après de l'intestin exclu. Guérison.

Observation XLVII (résumée).

Von Eiselsberg, *Verh und d. deutsche Gesellsch. fur Chir.* 1894.

Exclusion bilatérale du colon ascendant après ablation d'une tuberculose du cæcum. Dix-huit mois après, formation d'une fistule. Trois ans après, ablation de l'anse exclue. Guérison.

Observation XLVIII.

Obalinski, *Centralbl. f. Chir.* 1894. (résumée).

Exclusion bilatérale du colon ascendant après ablation d'une tuberculose du cæcum. Formation d'une fistule consécutive. Ablation de l'anse exclue. Après trois ans, guérison.

Observation XLIX.

Goullioud in *Thèse de Perrève.*

Tuberculose du cæcum fistuleuse, avec troubles digestifs datant de dix ans. Entérectomie. Occlusion intestinale six ans après. Guérison sept m. intenant après 17 ans.

Marie P..., religieuse à Ste Blandine (Isère) 29 ans.

Entre à l'hôpital St-Joseph le 17 mars 1902.

A. P. Rien à signaler jusqu'à 15 ans, époque de son entrée au couvent. L'année suivante, premières manifestations de la maladie actuelle : elles sont d'abord passagères, entrecoupées de longs intervalles de santé, puis à peu près permanentes. Elle prend d'abord la fièvre muqueuse dont elle reste malade un mois. L'année suivante, nouvelle fièvre muqueuse, mais reste malade quatre ou cinq mois. Les années suivantes apparaissent quelques troubles digestifs : constipation, digestions pénibles, et difficiles, localisation de la douleur et empâtement au niveau de la fosse iliaque droite.

A cette époque, c'est-à-dire il y a huit ou dix ans, un chirurgien de Grenoble lui ouvre un abcès de la fosse iliaque droite, « abcès très curieux » avait dit le chirurgien, étonné de ne pas trouver de lésion osseuse et de ne pas voir de claudication consécutive. Les incisions de cet abcès se sont fermées comme en témoignent les cicatrices que l'on voit au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale droite.

Cependant, deux fistules ont toujours persisté et laissent encore actuellement suinter un peu de liquide séro-purulent. Néanmoins, la malade a toujours continué à faire sa classe, et ce n'est que de loin en loin que des phénomènes aigus l'obligent à quelque temps de repos.

Depuis quelques mois, l'appétit, qui n'a jamais été très bon, a diminué encore. La malade a beaucoup maigri, souffre davantage, et depuis quelques jours vomit tout ce qu'elle prend.

Examen. — Bien que maigre et pâle, la malade n'a pas l'aspect cachectique. Elle indique immédiatement comme siège de son mal la fosse iliaque droite. On voit les cicatrices dont nous avons parlé et les deux fistules situées au-dessus de l'arcade crurale. A la palpation de la région, on sent une tuméfaction de la grosseur du poing, à limites un peu vagues, peu mobile, peut-être même un peu adhérente à certains points du squelette du bassin.

Une des fistules, avec la peau qui la porte, est mobile sur la tumeur, l'autre lui est adhérente. La tumeur est ferme sans être d'une dureté ligneuse; elle n'est pas très lisse; mais pas non plus sensiblement bosselée; à la palpation, elle est modérément douloureuse.

La malade raconte que, par moments, son ventre se ballonne; la suppuration diminue ou s'arrête; des coliques, avec mouvements intestinaux et borborygmes apparaissent. La fin de la crise douloureuse est marquée par une recrudescence de la suppuration.

La constipation est opiniâtre.

Poumons. Rien à signaler; la malade ne tousse pas : elle est très affirmative à ce sujet.

Cœur, rien.

Maigrissement assez considérable. Poids 45 kgr.

Urines normales.

Le 22 avril 1902, la malade ne souffre plus, mais réclame instamment une intervention, car, dit-elle, depuis huit ou dix ans, c'est toujours la même chose. Elle guérit (sans toutefois que les fistules cessent de sup-purer) pendant quelques mois, pour retomber ensuite.

Le 25 avril, intervention de Goullioud. Anesthésie à l'éther. Incision triangulaire autour de la cicatrice fistuleuse; la fistule est explorée au stylet qui va très loin vers la crête iliaque. On pense qu'il s'agit d'une tuberculose osseuse à point de départ profond, et on se contente, après ablation du tissu cicatriciel, de mettre un drain dans le trajet fistuleux.

Le 28 avril, le pansement est rempli de matières fécales, l'orifice fistuleux aboutit donc à l'intestin.

27 mai. La plaie est à peu près cicatrisée; la fistule, à peu près bouchée, ne laisse suinter qu'un peu de liquide. L'état général est excellent : la malade mange bien, ne souffre pas.

15 juin. Il y a toujours un petit point suintant dans la plaie. L'état général est bon; la tumeur persistant, on décide une nouvelle intervention.

17 juin. Deuxième intervention de Goullioud. Anesthésie à l'éther, puis discontinu au Billroth. Incision curviligne à concavité supéro-interne, parallèle à l'ancienne cicatrice et située un peu en dedans d'elle au niveau de la tumeur. Les plans de la paroi sont confondus en un tissu lardacé et scléreux. La tumeur siège sur le cæcum; elle est adhérente à la peau. On fait d'abord une anastomose latéro-latérale entre le colon ascendant et la portion terminale de l'iléon. Suture à trois plans. Puis, section entre deux pincès de Kocher de l'iléon au-dessus de la tumeur, à peine à deux centimètres de l'anastomose. Cautérisation au thermocautère du bout attenant à la tumeur; fermeture de l'autre bout en cæcum à trois plans.

Même opération sur le colon, tout près aussi de l'anostomose. Hé-

mostase. L'anse iléo-cæcale malade est libre du côté du ventre; elle n'est plus retenue que par des adhérences à la paroi malade. On la dégage en faisant l'excision de la portion de tégument où venait s'ouvrir la fistule intestinale. Un point à la soie vers le mésentère ferme en partie l'excision qu'on a pratiquée dans le but de prévenir un étranglement interne ultérieur. Une mèche est placée entre l'intestin et la paroi de la fosse iliaque. Suture à trois plans.

Anatomie pathologique. — L'anse réséquée mesure 22 centimètres de long; elle comprend 9 centimètres de grêle et 13 de gros intestin. Avec le doigt, introduit dans l'iléon, on sent à 2 ou 3 centimètres de la section un point rétréci qui laisse passer le doigt, et un deuxième rétrécissement laissant passer à peine le bout du petit doigt. Dans le colon, on sent aussi un rétrécissement qui laisse passer le doigt.

La pièce étant ouverte, on trouve sur le colon ascendant une ulcération transversale à bords irréguliers, taillés à pic. Elle occupe tout le pourtour de l'intestin; sa longueur varie de 1 à 2 centimètres. Au-delà de cette ulcération, la muqueuse colique paraît saine. En deçà, il y a des grains riziformes. Le cæcum est réduit à une petite ampoule qui admet à peu près la phalange unguéale du médius; la muqueuse en paraît saine, mais la paroi est très épaisse. Sur la face externe de la paroi cæcale, il semble qu'on distingue l'appendice, mais enveloppé d'une épaisse atmosphère graisseuse.

Examen histologique. — (Pratiqué par M. Mérieux). Lésions tuberculeuses typiques.

Suites opératoires. — Pendant les trois premiers jours, la malade reçoit 2 litres de sérum et 2 gr. de morphine par jour. Le quatrième jour, 10 grammes d'huile de ricin ont provoqué plusieurs selles.

1^{er} juillet. La malade est au régime commun : elle mange de tout et digère bien. Bon appétit, selles régulières.

30 juillet. Elle quitte l'hôpital parfaitement guérie, ayant engraisé de 6 kgr.

25 septembre. On reçoit des nouvelles de la malade qui dit aller très bien et avoir pris 7 kgr. depuis sa sortie de l'hôpital. La malade qui pesait 45 kgr. avant l'opération en pèse maintenant 58.

25 novembre 1919. Nous recevons des nouvelles de la malade, dont l'état de santé actuel est bon. Elle écrit qu'en 1908, elle eut à se plain-

dre de violentes coliques intestinales qu'elle soignait elle-même avec soin par l'ingestion de quelques gouttes de laudanum. Le 10 juillet de cette année là, elle fut subitement prise de violentes douleurs, avec ballonnement du ventre, nausées, vomissements porracés. Le Dr Perriol de Grenoble, posa le diagnostic d'occlusion intestinale et intervint d'urgence. M. Perriol a eu l'obligeance de nous transmettre les renseignements suivants : « Je constate le 10 juillet 1908 : ballonnement du ventre accentué, ondes péristaltiques, ni selles, ni gaz; pouls 96, fièvre 38°4, vomissements porracés. Je pense à un obstacle placé haut sur le grêle, et je décide une intervention immédiate. Laparatomie médiane, permettant de faire sauter rapidement une bride étranglant le grêle assez loin du cæcum. Pas d'ascite, pas de trace de tuberculose péritonéale. Suites très simples ».

Depuis, la malade n'eut plus de malaises, et la santé est redevenue parfaite.

En résumé, guérison datant de 17 ans, au cours de laquelle, en 1908, il y eut des accidents d'occlusion intestinale aiguë ayant nécessité une intervention.

Observation L

Goullioud in *Thèse de Perrève*

Tuberculose du cæcum. Résection intestinale large. Fistule consécutive.

Deuxième entérectomie pour cure de la fistule et récidive de la tuberculose intestinal neuf ans après. Mort de péritonite.

Mme Emmanuel F..., 21 ans, demeurant à Lyon. Entrée à l'hôpital le 10 octobre 1907 pour douleurs abdominales. A. P. Pas de maladies graves. Mariée à 18 ans. Un enfant âgé de deux ans, bien portant. Mari bien portant.

L'affection pour laquelle la malade vient à l'hôpital a débuté il y a deux ans, quelque temps après son accouchement. Le début s'est fait par des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Ces douleurs devenaient plus intenses ces derniers mois, et la malade constata qu'elle avait une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Un médecin consulté envoya la malade à l'hôpital.

Examen. Voussure située entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cette voussure s'affaissa subitement en même

temps qu'on entend un bruit hydro-aérique et que se dessine une contraction péristaltique typique. La malade dit que ça se passe ainsi, chaque fois qu'elle a des douleurs. Au palper, on sent immédiatement une induration entre le point de Mac Burney et l'épine iliaque antéro-supérieure, de 10 centimètres de longueur, se prolongeant du côté du côlon ascendant et qui paraît bosselée. Au toucher vaginal, pas de lésions des annexes.

Poumon. La malade a toussé l'hiver dernier. A l'auscultation, on trouve un peu d'obscurité respiratoire au sommet droit; à la percussion, la sonorité est un peu moindre à ce niveau. Pas de lésions en évolution.

Cœur. Rien à signaler. Pouls à 60.

Urines. Ni sucre, ni albumine.

La malade dit avoir beaucoup maigri; elle a de mauvaises digestions; elle va mal à la selle, ayant tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée. Poids, 39 kilogrammes, la température est de quelques dixièmes au-dessus de la normale.

25 octobre 1907, *intervention de Goullioud.* Anesthésie au Bilbrath sans incidents. Incision latérale droite de 18 centimètres environ. Il s'écoule une peu d'ascite. On constate l'existence d'un tuberculome très net du cæcum. Anastomose latéro-latérale de la portion terminale du grêle (à 15 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale) avec la première portion du côlon transverse.

Section au bistouri entre deux pinces de l'intestin grêle et du côlon. On ferme les extrémités du grêle par trois plans de suture, et on enfouit cette extrémité suturée par deux fils passés dans la séreuse. On opère de même pour le côlon, mais on ne fait que deux plans de suture. Section du méso-côlon entre de nombreuses pinces; ablation de la tumeur. Drainage. Suture en trois plans.

Anatomie pathologique. La pièce enlevée mesure 37 centimètres de long, dont 28 pour le côlon. M. Goullioud a dû réséquer une partie du côlon transverse, parce qu'en son milieu, il y avait un deuxième point malade, reconnaissable à l'induration extérieure. La portion d'intestin grêle enlevée est saine. Au milieu de la portion du côlon enlevé, on trouve aussi une partie saine de 10 centimètres de long. La surface interne présente partout ailleurs des tubercules très nom-

breux, se touchant tous, garnissant absolument toute la surface, il y a des grains riziformes. Toute la paroi malade est extrêmement épaissie, mais surtout en deux points, où il y a deux rétrécissements-nets. L'un d'eux est à quatre centimètres de l'extrémité sectionnée du côlon, l'autre tout près de la valvule.

Suites opératoires. Le quatrième jour après l'opération, 10 grammes d'huile de ricin. Plusieurs selles diarrhéiques.

4 novembre. La température tombe à la normale. On enlève les fils. Par le drain s'écoule un liquide séro-purulent d'odeur infecte. On réduit de 1 centimètre la longueur du drain qu'on remet en place.

7 novembre. Dans le pansement, on trouve un pus verdâtre, abondant.

11 novembre. La température irrégulière depuis quelques jours est élevée à 39°2. Un abcès commence à bomber dans la région de la ligne de suture. Selles toujours diarrhéiques.

14 novembre. L'abcès signalé s'est ouvert, laissant échapper du pus fétide. La température est tombée; on raccourcit le drain à nouveau.

9 janvier 1908. La malade quitte l'hôpital, 2 mois et demi après la première intervention. La suppuration est à peu près tarie. Elle se faisait par deux petites fistules cautérisées plusieurs fois et qui, maintenant ne donnent presque plus. L'état général est excellent : la malade mange beaucoup et a engraisé visiblement. On lui donne régulièrement de l'huile de foie de morue.

29 juin 1908. La malade revient se montrer. L'état général est très bon. Elle pèse 53 kilogrammes (au lieu de 39 jadis). Cependant, une petite plaie s'est ouverte à l'angle inférieur de la cicatrice. On la touche au chlorure de zinc et on envoie la malade à la campagne.

2^e séjour à l'hôpital St-Joseph. 3 septembre 1915. La malade revient à l'hôpital : à l'angle inférieur de la cicatrice, il y a une petite fistule par où s'échappe du pus. Au-dessus de la cicatrice, à 2 ou 3 centimètres, on perçoit une induration. Si on presse à ce niveau, il s'écoule du pus par la fistule. On croit que quelques gaz s'échappent aussi par la fistule; on se décide à intervenir.

16 septembre 1915. *Intervention par le Dr Goullioud.* Le petit orifice fistuleux conduit dans une cavité sous-aponévrotique, tapis-

sée de fongosité et pénètre à 3 ou 4 centimètres de profondeur. On incise la paroi pour ouvrir cette cavité. On la curette. Ni fil, ni corps étranger; tamponnement de la petite cavité avec de la gaze iodoformée.

26 septembre. A la suite de ce curage, il y a eu un fort écoulement et probablement un suintement intestinal.

6 octobre. La malade sort de l'hôpital. Il reste une fistule. On conseille de revenir dans six mois si elle persiste, car on réinterviendra et on fera un exérèse.

3^e séjour à l'hôpital. 29 mars 1916. Plusieurs fistules persistent depuis quelques mois; les matières et les gaz s'échappent par elles. La malade a souvent de la fièvre après son dernier séjour en décembre 1915.

7 avril. *Intervention du Dr Goullioud.* Anesthésie générale au Billroth. Après avoir touché tous les points fistuleux au chlorure de zinc à 10 %, on circonscrit la région par une incision ovalaire qui permettra d'enlever la peau malade en même temps que l'intestin.

Sur la lèvre externe de l'incision, on constate l'existence d'un petit abcès fusant à travers la paroi. On le contourne profondément avec soin en tâchant de ménager la couche aponévrotique.

On arrive à bien détacher l'intestin dans la profondeur. Le bout de grêle arrive libre d'adhérences et sain. Mais, du côté du gros intestin, on constate des lésions tuberculeuses se prolongeant loin. Afin de pouvoir pratiquer une bonne entérectomie, on fait une deuxième incision à peu près médiane. Elle permettra de se porter assez à gauche pour faire une entéro-anastomose sur la portion saine et libre du côlon descendant. On abouche l'anse grêle qui est à peu près à 15 centimètres de sa terminaison avec la partie supérieure du côlon descendant. Après section on ferme en cæcum du côté du grêle et du transverse. On fait l'exérèse. Suture à trois plans des deux incisions. On laisse une mèche de drainage dans l'incision latérale.

Anatomie pathologique. La pièce comprend, outre une grosse masse épiploïque, 16 centimètres de grêle, sur lequel on trouve une petite fistule intestinale, puis 5 centimètres de gros intestin malade et 9 centimètres de gros intestin sain. Donc, entérectomie itérative chez une malade ayant déjà subi une large entérectomie, 9 ans auparavant.

13 novembre. La température, subitement élevée hier, monte aujourd'hui au-delà de 40°. La malade meurt de péritonite

M. Goullioud regrette de n'avoir pas opéré en deux temps, c'est-à-dire de n'avoir pas fait dans un premier temps une entéro-anastomose à gauche, qui aurait rétabli la circulation et rendu plus propre la région à opérer dans le deuxième temps, où on aurait pu enlever le côlon droit avec plus de chances de succès.

Observation LI

Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris* (5 juin 1901)

Il s'agit d'un homme de 28 ans opéré d'appendicite par M. Michaux le 21 mai 1900. J'ignore si l'appendice a été enlevé chirurgicalement; en tout cas, il a été éliminé complètement ainsi que nous le verrons plus loin. L'opération laissa après elle une fistule stercorale que M. Michaux opéra le 24 octobre 1900. La fistule s'étant reproduite, je l'opérai à mon tour le 21 janvier 1901. Je fis une incision au-dessus de la fistule, j'ouvris largement le péritoine, j'attirai la cæcum à la peau après avoir sectionné la fistule au ras de l'intestin; je fis enfin une suture séro-séreuse sur une séreuse saine, et des tissus bien souples. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri, mais au commencement de mai, la fistule se reproduisit; l'écoulement était très peu abondant, mais tenace. La région cæcale était un peu empâtée.

Le 31 mai dernier, après anesthésie lombaire (2 centigrammes), je fis une longue incision verticale, partant des fausses côtes, se dédoublant pour entourer la fistule, puis se dirigeant en bas parallèlement à l'arcade crurale. L'épiploon, très adhérent à la paroi, fut décollé, et le péritoine largement ouvert. Je constate alors que le cæcum et le colon ascendant sont très épaissis, et qu'il existe une masse importante en arrière et en dedans de ces organes dans l'épaisseur du méso contenant des ganglions volumineux. Je fais la coprostase sur l'intestin grêle et sur le colon ascendant avec de grosses raies, et je coupe l'intestin entre les voies et de grosses pinces. Je sectionne les pédicules vasculaires, je lie les vaisseaux au catgut. Je réunis ensuite l'intestin grêle au colon ascendant par un étage musculo-musculaire à la soie et un nouvel étage séro-séreux continu. Drainage avec une mèche iodoformée, à cause d'un suintement sanguin persistant. Suture de la paroi au fil d'argent. Ablation de la mèche le surlende-

main. Suintements anguin, nouvelle mèche qu'on supprime au bout de deux jours; on serre alors le fil d'argent d'attente. Régime : des liquides à discrétion. Purgatif le 5 juin, suites apyrétiques.

La pièce enlevée se compose d'un fragment de 8 à 10 centimètres d'intestin grêle, présentant des tubercules sur la séreuse. L'intestin grêle se continue presque en ligne droite avec le côlon ascendant par un point rétréci, parois épaisses, mesurant à peine 2 centimètres de circonférence intérieure; c'est en ce point qu'aboutit la fistule stercorale. Le caecum a disparu; le côlon ascendant enlevé mesure 5 centimètres de longueur. Pas de trace d'appendice.

L'opération très pénible a duré deux heures; l'anesthésie a été parfaite; pas de vomissements; le malade a causé avec une aisance parfaite pendant l'opération; il a même fumé une cigarette à la fin. L'anesthésie était encore complète au bout de deux heures.

Observation LI bis

Chaput (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 5 juill. 1905)

J'ai revu hier mon malade de 1901. Il présente une récurrence de sa tuberculose dans la région suturée avec fistule pyo-stercorale. Je l'ai opéré le 4 juillet; j'ai pratiqué sur lui une implantation iléo-sigmoïde avec exclusion; il va aussi bien que possible. J'ai constaté au cours de l'opération une hypertrophie des 40 derniers centimètres d'intestin grêle. J'ai observé ce phénomène dans plusieurs cas où le caecum avait été supprimé au point de vue physiologique.

Observation LII

Salva Mercadé rapportée par J. Okynczic à la Société de chirurgie de Paris, séance du 8 février 1921.

Iléo-sigmoidostomie terminale latérale suivie de colectomie totale secondaire.

H. D... blanchisseuse, 18 ans, entre à Baujon le 19 janvier 1918 (service du docteur Michaux) pour fistules stercorales multiples de la fosse iliaque droite, donnant passage à la totalité du contenu intestinal et consécutive à une opération d'appendicite, pratiquée le 20 décembre 1915. Cachexie. Une première tentative de fermeture de la fistule reste sans résultat.

Mercadé, le 30 janvier 1918 fait une iléo-sigmoïdectomie termino-terminale, laquelle équivaut à une exclusion bilatérale de tout le colon et de la partie terminale du grêle. La région iliaque droite, siège des fistules est isolée. Par coélotomie médiane, Mercadé découvre une masse intestinale (partie du grêle, du cæcum et du côlon ascendant) plaqué contre la paroi latérale droite de l'abdomen. Dévidant l'intestin, Mercadé reconnaît la dernière anse grêle libre, qui est notablement dilatée. Il la sectionne. Le bout distal est fermé, enfoui et fixé dans la plaie iliaque droite.

On constate l'atrésie du gros intestin qui est inférieur au calibre du petit doigt, cette atrophie s'étendant au colon transverse, au colon descendant et au colon iliaque. L'anastomose iléo-sigmoïdienne paraît donc seule possible. Section de l'anse sigmoïde; fermeture du bout proximal et anastomose termino-terminale iléo-sigmoïdienne au bouton de Murphy. Il en résulte une exclusion bilatérale de la portion terminale du grêle et de tout le colon, exclusion ouverte, grâce aux fistules de la fosse iliaque droite. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites simples: deux jours après, les gaz et les matières sortent par l'anus (ce qui n'était pas produit depuis deux ans). Les selles d'abord fréquentes, se régularisent et le trentième jour il n'y a plus que deux selles quotidiennes.

Le 19 février 1918, nouvelle intervention. Incision elliptique de la fosse iliaque droite, circonscrivant les orifices fistuleux, et ouverture du péritoine en territoire libre. Libération difficile de la masse intestinale adhérent à la paroi iliaque. Résection portant sur le segment iléo-cæcal. Le côlon ascendant, par son bout distal est abouché à la partie inférieure de l'incision pariétale. Ainsi est réalisée une exclusion unilatérale de tout le côlon¹. Fermeture en trois places. Suites: guérison avec fistule muqueuse du gros intestin exclu.

Le 1^{er} août 1918, Mercadé achève le traitement par une colectomie portant sur tout le côlon exclu par les précédentes interventions. A ce moment, la malade est en excellent état; engraissement, selles

1. M. Okynczic, qui rapporte l'observation, fait remarquer que cette exclusion est bilatérale et non unilatérale, puisque l'anse à ses deux bouts reste complètement séparée du circuit intestinal; l'ouverture de l'anse exclue est bien unilatérale, mais ce n'est pas le nombre ou le siège des ouvertures, spontanées ou artificielles, qui donne le nom à l'exclusion, mais bien la séparation uni ou bilatérale de l'anse avec le circuit intestinal.

solides (deux fois par jour). Cœliotomie médiane sus et sous-ombilicale. Décollement colo-épiploïque facile, prolongé à gauche vers l'angle splénique du côlon, s'abaissant facilement. Clivage du fascia cœlique descendant. Trois ligatures faites sur les artères cœliques permettent la résection du côlon ascendant et du côlon transverse. Le clivage du fascia cœlique ascendant est un peu moins aisé, les anses intestinales grêles adhérant à la paroi.

La résection de tout le côlon est achevée.

On constate que le rectum a gardé son volume normal, au niveau de l'anastomose iléo-sigmoïdienne; mais l'anse grêle sus-jacente à l'anastomose est très augmentée de volume et hypertrophiée.

Fermeture à trois plans. Guérison et sortie fin août 1918. La malade a été revue dernièrement : elle est en bonne santé; deux selles par jour, solides et moulées. Elle mange bien.

Observation LIII (inédite)

due à l'obligeance de M. le professeur Bégouin
et rédigée d'après les notes du service.

J... (Hélène), 40 ans, demeurant à Bordeaux. A été opérée le 28 septembre 1920 d'appendicectomie par M. le Dr Bardou. Est sortie guérie le 20 octobre 1920.

Dès le troisième jour, vers le 23 octobre, elle a ressenti de violentes coliques, accompagnées de nausées et de fièvre. (38°9). Le ventre a augmenté de volume, et sur la plaie, qui était parfaitement cicatrisée par première intention, il s'est formé un abcès qui s'est ouvert spontanément le 3 octobre, donnant issue à environ un verre à liqueur de pus. Depuis cette époque, il persiste une fistule qui laisse passer quotidiennement du pus, des matières fécales et des gaz. Parfois, la malade ressent de violentes coliques qui surviennent par crises, durant huit à dix heures et qui sont calmées par des cataplasmes chauds. Avec chaque crise douloureuse coïncide une émission plus abondante que de coutume de matières fécales et de gaz par l'orifice fistuleux. La malade présente environ deux ou trois crises douloureuses par mois, entre temps, il y a des petites coliques sourdes. Son existence est devenue pénible. Elle a beaucoup maigri; elle ne peut plus fournir aucun travail régulier, même non pénible. La malade entre dans le service le 4 avril 1921.

On se trouve en présence d'une fistule pyostéscorale dans laquelle le stylet s'enfonce de 5 à 6 centimètres. L'état général est mauvais; la malade présente continuellement des douleurs sourdes avec, de temps à autre des crises paroxystiques.

Première opération, pratiquée le 8 avril 1921 par M. le Professeur Bégouin. Anesthésie à l'éther. Incision en raquette; on pénètre dans l'abdomen par la queue. Excision secondaire du plein de la raquette sur le doigt qui écarte l'intestin. Le cæcum est adhérent, épaissi, présentant une ouverture fongueuse sur sa face postéro-externe. Des anses grêles sont également adhérentes : leur libération délicate met à découvert une perforation en ce point là aussi. On avive les bords de la fistule intestinale et on pratique une entérorraphie latérale; on suture à deux plans au catgut en faisant l'enfouissement. On péritonise aussi bien que possible. Un drain étant placé, on reconstitue la paroi qui était le siège d'abcès fongueux s'étendant trop loin pour en permettre l'excision. On curette et on passe à l'éther.

Suites opératoires normales, mais la fistule persiste.

La malade sort le 5 mai et continue à venir faire faire ses pansements; mais devant la persistance de la fistule et des douleurs, elle doit rentrer de nouveau.

Le 21 juin 1921, l'état de la malade est le suivant. La plaie opératoire est mal cicatrisée; il subsiste à la partie inférieure deux petits flots séparés et l'épidermisation ne se fait pas. En haut, une petite plaie de 1 à 2 centimètres de long donne accès dans une fistule oblique en bas et en dedans, profonde de 6 centimètres, suppurant avec assez d'abondance et donnant issue à des matières fécales. De temps à autre, la malade a des poussées thermiques atteignant parfois 39°5 et accompagnées de douleurs et d'un syndrome gastrique. En somme, depuis la fin de mai 1921, il s'écoule quotidiennement par la fistule, soit du pus, soit des matières fécales. L'anorexie est très marquée; la malade maigrit de plus en plus. Tous les traitements locaux, drainages, pansements au sérum, attouchements au nitrate d'argent du trajet, restent sans résultat. Aussi, on se décide à intervenir de nouveau.

Deuxième opération, le 8 juillet 1921, par M. le professeur Bégouin. Laparatomie latérale le long du bord externe du grand droit droit.

L'exploration montre l'existence de granulations tuberculeuses disséminées sur la partie terminale de l'iléon. On se trouve en présence d'une grosse masse iléo-caecale : le colon ascendant est complètement fixé. On pratique une iléo-transversostomie termino-latérale après enfouissement du bout colique sous trois plans de suture. Un bourrelet épiploïque renforce l'anastomose. On termine l'opération par l'ablation de l'hémicolon transverse, et du colon ascendant, nécessitant excision de la paroi en tranche de melon. Il reste une vaste plaie dépéritonisée avec magma caséeux. On fait la toilette de la région. Fermeture de la laparotomie, une compresse isolant la grande cavité péritonéale et les anses intestinales. Durée : trois heures. La longueur d'intestin réséqué a été de 1 m. 20.

Résultat de l'examen histologique. (pratiqué par M. le professeur Sabrazès). Paroi caecale considérablement épaissie. La muqueuse est tombée. On trouve une infiltration massive de leucocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules plasmatiques. Ça et là, quelques cellules géantes. Toute la paroi est infiltrée jusqu'à la séreuse, mais le maximum des lésions est dans la tunique musculaire. Il n'y a aucun doute sur le diagnostic de tuberculose hypertrophique du caecum. On n'a pas pu déceler de bacilles.

Suites opératoires. La malade, maintenue trois heures sous anesthésie à l'éther est très choquée. On institue une médication énergique. Le premier jour, on administre une première injection de 600 grammes de sérum adrénaliné, 10 cc. d'huile camphrée, une deuxième injection de 400 gr. de sérum, une deuxième injection de 20 cc. d'huile camphrée et 1 cc. de spartéine. La température tombe à 37°2, le pouls est incomptable. Le second jour, la malade reçoit 10 cc. d'huile camphrée et deux injections de sérum adrénaliné de chacune 100 gr. et 500 gr. respectivement. Température : 38°2, pouls : 150. Le troisième jour, on donne quatre injections de 100 gr. chacune de sérum adrénaliné; la température tombe à 36°8, le pouls est encore à 130. Le quatrième jour, la température et le pouls se régularisent : la dissociation s'atténue et le neuvième jour, la température est de 37°2 et le pouls de 70.

A partir de ce moment, l'état général s'améliore rapidement. La mèche est remplacée par un drain : la suppuration est abondante, séro-purulente. Les points sont enlevés au douzième jour, mais l'af-

frontement se fait mal. On ne tarde pas à employer des injections de liquide de Carrèl, pratiquées toutes les trois heures.

A la fin du mois d'août, la plaie fermée seulement par places est exposée quotidiennement au soleil, et on pratique trois fois par semaine des injections à la pâte de Beck dans le trajet fistuleux. L'état général n'est pas bon; l'appétit est nul, la diarrhée fréquente. Sur la demande de la malade, elle est autorisée à quitter l'hôpital le 20 septembre, mais à condition de venir se faire panser deux fois par semaine.

10 octobre. De multiples trajets fistuleux persistent, communiquant entre eux, trahissant l'existence d'un vaste clapier décollé sous la paroi. L'état général s'est grandement amélioré. L'appétit est bon; la malade reprend des forces et a même pu reprendre son travail.

10 novembre. On abandonne la pâte de Beck et on la remplace par des injections d'éther iodoformé. A partir de cette date, l'état local s'améliore beaucoup. La suppuration va en se tarissant et les fistules tendent à se fermer. On peut prévoir dans un temps prochain la cicatrisation complète de la plaie. L'état général s'est également beaucoup amélioré. La malade dit avoir beaucoup d'appétit; elle a repris des forces: depuis sa sortie de l'hôpital, elle a augmenté de 6 kg. Les selles sont cependant toujours liquides et abondantes.

CONCLUSIONS

En résumé :

I. En présence d'une fistule pyostercorale de la fosse iliaque droite, il y a lieu d'établir autant que possible le diagnostic de sa nature, « banale » ou tuberculeuse, l'existence d'une fistule apparaissant après fermeture d'une plaie opératoire et durant longtemps devant faire penser à la tuberculose iléo-cæcale.

II. Les fistules non spécifiques sont susceptibles de guérir, dans la grande majorité des cas, à la suite d'une intervention purement locale, telle que l'entérorraphie latérale. Tout au plus aura-t-on à recourir, dans les cas particulièrement rebelles à l'exclusion bilatérale largement ouverte.

III. Les fistules tuberculeuses, dans la plupart des cas résistent à un traitement local. Les interventions à leur appliquer doivent donc dépasser leur siège. L'exclusion bilatérale ouverte, laissant en place les lésions tuberculeuses ne saurait être considérée comme un pis-aller, pouvant, du

reste, donner des résultats dans un certain nombre de cas. L'opération de choix, quand elle est possible est représentée par l'hémi-colectomie droite précédée d'iléo-transversostomie, pratiquée en un temps ou en deux temps suivant l'état général du malade ; elle assure, en supprimant l'anse intestinale malade la guérison définitive de la fistule. Elle sera pratiquée de préférence à l'iléo-sigmoïdostomie suivie de colectomie totale, cette opération large étant dans la plupart de cas inutiles, et pouvant présenter des inconvénients et même des dangers sérieux.

Vu :	Vu : Bon à imprimer,
<i>Le Doyen,</i>	<i>Le Président de thèse,</i>
Dr SIGALAS.	BEGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 2 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Alglave.** — Recherches expérimentales sur l'exclusion de l'intestin
Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale 1907.
- La tuberculose iléo-cæcale et appendiculaire. *Rev. de gyn. et de chir. abd.* 1910.
- Suite de la discussion sur l'observation de M. Salva Mercadé
Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 17 mai 1921.
- Aynès.** — Recherches et considérations sur l'appendicite et la typhlite tuberculeuse. *Thèse de Bordeaux* 1895.
- Baillet.** — La résection du segment iléo-cæcal. *Thèse Paris* 1894.
- Baracz (Von).** — Recherches expérimentales sur l'exclusion totale de l'intestin. *Lang Arch. für Klin. chir.* 1899 Bd. LVIII n° 1 p. 120.
- Beer.** — Fecal fistula. A new method of closure *Ann. surg. Philadelphia*, 1915 LIX, p. 110.
- Belgrand.** — Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose iléo-cæcale *Thèse Paris* 1903-1904.
- Benoît.** — La tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale. *Thèse Paris* 1893.
- Bérard.** — *Province médicale*. 1900 p. 223.
- Bérard et Patel.** — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale.
- Bérard et Vignard.** — L'appendicite : étude clinique et critique (1914)
- Berger.** — *Congrès français de chirurgie* 1903.

- Béra.** — Complications post-opératoires, immédiates et éloignées, de l'appendicite. *Thèse Paris* 1899-1900.
- Bergmann.** — *Saint-Petersburg med. Woch.* 1898.
- Blin.** — Etude sur les fistules pyostercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies. *Thèse Thèse Paris*, 1879.
- Bosselut.** — Pathogénie, évolution et traitement des anus contre nature consécutifs à l'appendice. *Thèse Paris* 1906-1907.
- Brewster.** — Right colectomy; report of nineteen cases. *Ann. Surg. Ass. Philadelphia* 1918, XXXVI, p. 461-472.
- Broca.** — in *Courtyllier Bulletin de la Société anatomique de Paris* 12 juin 1896.
- Cannaday.** — Long resections of the intestine *South Surg. Ass. Philadelphie* 1918, XXX, p. 93-101.
Ann. of Surg. 4 avril 1919.
- Carel.** — Contribution à l'étude de la résection de l'anse iléo-cæcale. *Thèse Paris* 1897-1898.
- Chaput.** — Technique et indications des opérations sur l'estomac, l'intestin et les voies biliaires 1892.
— *Bull. et Mém. de la Soc de Chir. Paris* 5 juin 1901 et 5 juillet 1905.
- Clairmont.** — Casuistischer Beitrag zur Radicalopération der Kothfisteln und des Anus præternaturalis. *Arch. für Klin chir. Berlin* 1901, LXIII p. 670-714.
- Conrath.** — *Beitr. f. Klin chir.* 1898.
- Crespin.** — Etude sur les anastomoses de l'iléon et de la portion terminale de l'intestin. *Thèse Lille* 1902-1903.
- Crouzet.** — Tuberculose cæcale. Thérapeutique chirurgicale. *Thèse Lyon*, 1904-1905.
- Delore et Patel.** — Du traitement de l'anus contre nature. *Revue de chirurgie* 1901, p. 305, 669 et 792.
- Douffiagues.** — Du traitement de l'anus cæcal par exclusion du colon suivie d'iléo-sigmoïdostomie. *Thèse, Montpellier* 1905-1906.
- Drucbert.** — L'exclusion de l'intestin. *Thèse Lille* 1901.
— *Recueil de faits cliniques et expérimentaux*, Lille, 1907.
- Dupont.** — Plaies du cæcum, fistule persistante. Iléo-colostomie

- transverse, puis ablation secondaire du cæcum et du côlon ascendant. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. Paris* 1919, XLV, p. 799-802.
- Duval (Pierre).** — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris* 27 mai 1914.
— A propos de la colectomie totale dans le traitement des cancers coliques. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris* XLV. P. 1365-1370.
- Elselsberg (Von).** — *Verhand d. deutsche Gesellschaft. chir.* 1894.
— *Arch. f. Chir.* 1897.
- Enriquez.** — Les séquelles de l'appendicectomie. *Bull. Acad. de méd. Paris*, 1920, 3^e s. LXXXIII, p. 258-262.
- Francoz.** — Le traitement de l'anús contre nature et des fistules stercorales par l'entérorraphie latérale. *Thèse Paris* 1907-1908.
- Frey (Von).** — in *Terrier et Gossel* : De l'exclusion de l'intestin *Rev. de chir.* 1900. p. 626.
- Frouin et Pozerski.** — *Soc. de biologie*, 25 mars 1905.
- Gallet.** — *Société belge de chirurgie*, 1901.
- Gayet.** — La tuberculose iléo-cæcale hypertrophique *Lyon chirurgical* 1^{er} janvier 1909.
- Guinard.** — in *Le Dentu et Delbel* : Traité de chirurgie 1989, t. VIII.
- Guyot.** — Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes *Thèse Paris* 1884-1885.
- Hallopeau.** — Discussion sur une observation de M. Salva Mercadé *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. Paris* 15 mars 1921.
- Hartmann.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1900. Paris, p. 935.
— A propos de l'exclusion de l'intestin. Congrès de Chirurgie 1903.
- Hinglais.** — Essai sur l'actinomycose iléo-cæcale; appendicite et typhlite actinomycosiques. *Thèse Lyon*, 1896-1987.
- Jaboulay et Bérard.** — *Lyon médical* XCIV, p. 577.
— *Province médicale* 1900, p. 223.
- Jalaguier.** — in *Duplay et Reclus* : Traité de chirurgie, 2^e édition, tome VI, p. 635.
- Jourdan.** — Du traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales. *Thèse Montpellier* 1909-1910.
- Julliard.** — *Revue méd. de la Suisse Romande* 1881, t. I, p. 214.
- Kammerer.** — Zur Frage der Darmausschaltung mit totalen Occlusion *Centr. Bl. f. Chir. Leipzig*, 1902 p. 529.

- Kæppelin.** — Les abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale (typhlites suppurées) *Thèse Lyon* 1909-1910.
- Lacouture.** — Manifestation cliniques aiguës de la tuberculose appendiculaire. *Thèse Bordeaux* 1905-1906.
- Lance.** — Etude clinique de l'exclusion de l'intestin. *Thèse Paris* 1902-1903.
- Lardemois.** — Colectomie totale et colectomie sous-cæcale; technique opératoire *Journal de chirurgie de Paris* 1914, XII, p. 701-717.
- Lardennois et Okynczic.** — La libération et la conservation du grand épiploon dans les colectomies totales ou subtotales. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris* 1913. Lxxxviii, p. 429-434.
- Lavisé.** — *Ann. de la Soc. belge de chir.* 1898.
- Le Bayon.** — La typhlite et les inflammations de la fosse iliaque droite. *Thèse Bordeaux* 1919-1920.
- Le Bras.** — Tuberculose appendiculaire et appendicite. *Thèse Paris* 1909-1910.
- Le Clech.** — Contribution à l'étude de l'exclusion. *Thèse Paris* 1900.
- Lecureuil.** — Fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite. *Thèse Paris* 1899-1900.
- Le Dentu.** — De l'exclusion intestinale. *Rev. de gyn. et de chir. abd.* 1899.
- Loiseau.** — Fistules éloignées d'origine appendiculaire. *Thèse Paris* 1899-1900.
- Maclaren.** — The closure of fecal fistula. *Journal Lancet Minneapolis* 1918 XXXVIII p. 185-189.
- Mayo.** — Fistula of the colon *Ann. Surg. Philadelphia* 1918 LXVIII p. 211-231.
— Fistula of the colon *Ann. Surg. Philadelphia* 1918 XXXVI, p. 544-548.
- Michaux.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris* 17 janvier 1900, p. 75.
- Mummery.** — Méthode of closing fecal fistulæ *Surg. gynec. and obl. Chicago* 1919 XXIX p. 312-314.
- Murphy.** — Fecal fistula *Surg. clin. Chicago*, 1914, 11f p. 957-963.
— Fecal fistula; closure by enterorrhaphy (two cases) *Surg. chir. Chicago* 1916, V, p. 465-475.

- Murphy.** — Appendical concrétion producing ulceration, perforation and acute peritonitis; gangrene of cæcum; post-operative faecal fistula; opérative relief. *Surg. clin. Chicago* 1915, IV p. 28-33.
- Nannotti.** — *Clinica moderna* 1901, n° 7 p. 53.
- Narath.** — Ueber Darmausschaltung. *Arch. fur Klin. Chir. Berlin* 1896, tome LII, p. 372.
- Obalinkı.** — *Centrabl. f. chir.* 1894.
- Ochsner.** — Intestinal fistula. *Surg. clin. Chicago* 1919, III, p. 699-703.
- Okynczic.** — Chirurgie du gros intestin, *Presse médicale* 1919, XXVII p. 581-613.
- Rapport sur une observation de M. Salva Mercadé : *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris* 8 février 1921.
- Ostron.** — *Medical times New-York* 1898.
- Parker.** — On faecal fistula of the abdomen. *Med. press and circ. London* 1916, CLII, p. 257.
- Parkill.** — *Med. news*, 1894.
- *Med. news* LXIII p. 402 1895.
- Pauchet.** — *Congrès français de chirurgie* 1906, p. 283.
- Communication sur les colectomies totales *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirur. de Paris*, 27 mai 1914.
- Traitement de la stase intestinale chronique. Colectomie totale. *Paris médical* 1920 XXXV, p. 280-286.
- Perrève.** — Résultats éloignés des anastomoses intestinales dans le traitement de la tuberculose iléo-cæcale. *Thèse Lyon* 1919-1920.
- Perrier.** — Cas de fistule stercorale opérée. *Revue méd. de la Suisse Romande, Genève*, 1914, XXXIV, p. 76.
- Peyrot.** — *Congrès français de chirurgie*, 1901.
- Pinault.** — Appendicite chronique et pseudo-tuberculose. *Thèse Paris* 1911-1912.
- Poncet.** — Vingt-sept cas d'appendicite, *Revue de chirurgie* 1892.
- Pringle.** — Résection suivie d'exclusion unilatérale pour tuberculose fistuleuse *Glasgow med. journal* 1907 LXVIII, p. 98.
- Richemond.** — *New-York med. journal* 20 décembre 1890.
- Riedel.** — Traitement des fistules pyostercorales *Centralbl. f. Chin.* 1884.

- Rioblan.** — *Congrès de chirurgie*, 1897.
- Robert.** — Contribution à l'étude des fistules stercorales (bouton de Murphy) *Thèse Paris* 1905-1906.
- Roskoschny.** — Zur Casuistik der Darmausschaltungen. *D. Zeitschr. f. chir.* Leipzig, 1901, LIX, p. 406-486.
- Routier.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris* 5 juillet 1905.
- Puotte.** — Un cas de résection iléo-cæcale pour fistules stercorales. *Soc. de chir. de Lyon* 2 avril 1903.
- Salzer.** — in *Terrier et Gosset*. De l'exclusion de l'intestin *Rev. de chir.* 1900.
- Sikora.** — De l'entéro-anastomose latéro-latérale dans le traitement de l'anus artificiel et des fistules stercorales. *Thèse Paris* 1901-1902.
- Silvestri.** — Appendicite e tubercolosi. *Riforma medica Napoli* 1920 XXXVI, p. 43.
- Souligoux et David.** — *Bulletin et Mém. de la Soc. de chir. de Paris* 6 juin 1906.
- Steinthal.** — *Korresp. de Wurtz. arztl. Ladesvereins* n° 5 1896.
— *Centrabl. f. chir.* p. 107 1896.
- Taylor.** — The treatment of fecal fistula. *Practitioner London* 1818, C, p. 487-490.
- Terrier et Gosset.** — De l'exclusion de l'intestin. *Rev. de chir.* 1900.
- Trélat.** — Des fistules pyostercorales. *Progrès médical* 1888.
- Vallat.** — De la fistule entéro-cutanée d'origine appendiculaire et de son traitement chirurgical par la méthode intra-péritonéale d'emblée. *Thèse, Lyon* 1901-1902.
- Vaucher.** — Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. *Thèse Paris*, 1889.
- Veau.** — Le système lymphatique dans l'appendicite *Soc. de chir.* 1902.
- Veau et Duverger.** — Technique du traitement des fistules appendiculaires. *Arch. de méd. des enfants*, 1908.
- Verneuil.** — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris* 1874.
- Wiesinger.** — *Münchener med. Woch.* p. 969, p. 1163.
— Ueber Dauerresultate bei Darmausschaltung, *Deutsche Zeitschr. für Chir.* Leipzig, 1901 tome LXII p. 1.
- Wilhelm Ammer.** — *Thèse Kiel* 1902.
- Ymbert.** — Contribution à l'étude de la fistule pyo-stercorale consécutive à l'appendicite.

